

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES
AU DOSSIER MEDICAL
PAR LE MANDATAIRE**

Formulaire à retourner dûment complété et accompagné des justificatifs nécessaires à :
Département d'Information Médical – Polyclinique Saint Georges
3 bis bl de Lattre de Tassigny - 17110 SAINT GEORGES DE DIDONNE

IMPORTANT: Document à joindre au formulaire de demande d'accès au dossier médical complété et signé par la personne mandatée

MANDAT

Je soussigné (e) (NOM et Prénom du patient) :

Né(e) le :/...../..... N° téléphone (domicile ou portable) : .../...../...../...../.....

Domicilié(e) à :

DONNE MANDAT A :

NOM et Prénom du mandataire :

Né(e) le :/...../.....

Domicilié(e) à :

Aux fins de solliciter la communication des informations concernant ma santé, contenues dans mon dossier médical.

Autres précisions éventuelles sur la restriction des pièces dont je souhaite la communication au mandataire :

.....
.....
.....
.....

Fait à,

Le

Signature du mandant (patient) :