

Dossier n°

A remplir par l'établissement

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical. Afin de satisfaire votre demande, veuillez compléter ce document et le retourner à l'Association Santé et Services des Pays de l'Orne au 10 place de l'hôtel de ville – 54240 JOEUF

M., Mme :

Demeurant.....

.....

Numéro de téléphone.....

Pièces souhaitées

Période d'hospitalisation

Dates

Service concerné



DEMANDE DE VOTRE DOSSIER MEDICAL

Dossier n°

Mode de communication

- Envoi de copies à votre domicile
- Remise de copies en main propre
- Consultation sur place (avec un accompagnement médical)

Motif de la demande

(facultatif, à précisez afin de faciliter la gestion de votre demande)

Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre une copie recto / verso de votre carte nationale d'identité, de votre passeport ou de votre permis de conduire

A....., le

Signature du demandeur