

MOTIF DE LA DEMANDE (mention obligatoire):

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

NATURE DES DOCUMENTS DEMANDES :

Période(s) d'hospitalisation(s) concernée(s) (à préciser) :

.....

Informations désirées :

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

MODALITES DE COMMUNICATION (Cocher la case correspondante)

- Consultation sur place (sans fourniture de copies de documents)
- Mise à disposition des copies à la Clinique
- Envoi postal en recommandé avec accusé de réception au domicile du demandeur
- Envoi postal en recommandé avec accusé de réception au cabinet d'un médecin désigné

Les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur qui devra s'en acquitter à l'avance.

*Pour information : frais de reproduction 0,20 € par page
frais postaux envoi en RAR : selon le poids et le tarif en vigueur*

Fait à :

Le :

signature

Partie réservée à la Clinique pour le suivi et la gestion de la demande

Demande reçue le :

N° de dossier :

Nom du médecin responsable du patient :

Médecin averti de la demande le : par :

Coût des frais de copie et d'envoi des documents :

Lettre de réception avec le montant des frais, envoyée le :

Règlement reçu le :

Envoi du dossier en RAR le : n° RAR :

Documents récupérés en main propre

Date et signature du demandeur