



TRANSMISSION DOSSIER MEDICAL

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ No dossier : _____ *Sera ajouté par le CMC*

Adresse : _____

No tél : _____

Transmission

je souhaite qu'une copie de mon dossier médical soit transmise à mon médecin traitant (indiquer l'adresse et numéro de téléphone) :

je souhaite recevoir une copie de mon dossier médical à mon adresse (indiquer votre adresse) :

Remarque:

Les demandes de dossiers médicaux reçues à partir du 3 juin 2019 seront transmises en version électronique.

La préparation des demandes reçues durant la semaine, s'effectue désormais le vendredi.

Date : _____

Signature du patient : _____

Signature collaborateur du CMC : _____

CMC_juin 2019

Lundi | Mardi | Mercredi | Vendredi 7h30 à 20h00
Jeudi 7h30 à 21h00
Samedi 8h00 à 16h00
Jours fériés 10h00 à 16h00