

Je, soussigné(e), M. / Mme / Mlle (*nom, prénom ; pour les femmes mariées, précisez le nom de jeune fille*)

.....
Né(e) le Tél. :

Domicilié(e) :

.....
.....

Le cas échéant : père, mère, représentant légal, mandataire, ou ayant droit de (*nom, prénom du patient*)

..... Né(e) le

demande à obtenir communication de la copie des documents suivants :

- le compte rendu d'hospitalisation du au
- les pièces essentielles du dossier médical : date d'hospitalisation
- autres documents.....

établi(s) par la Maternité

- à mon nom
- au nom de

(*mon fils, ma fille, la personne dont je suis le représentant légal, le mandataire ou l'ayant droit*)

selon les modalités suivantes :

- consultation sur place à la Maternité (gratuit)
- remise sur place à la Maternité (frais de copie : 16 €, TTC)
- envoi postal (frais de copie et d'envoi en recommandé avec accusé/réception : 23 €, TTC)

à M., Mme, Mlle (nom, prénom, adresse)

.....
.....

Motif de la demande (*à préciser obligatoirement, conformément à la réglementation, pour le dossier d'un patient décédé*)

.....

Le règlement des éventuels frais de copie et d'envoi, ainsi qu'une copie de la pièce d'identité sont à joindre avec ce formulaire. Le cas échéant, une facture vous sera adressée lors de la remise ou de l'envoi des pièces demandée

Date :

Signature :