

**AUTORISATION
DE COMMUNIQUER
DES RENSEIGNEMENTS
CONTENUS AU DOSSIER**



Nom et prénom à la naissance	
Nom actuellement utilisé	
Adresse actuelle de l'utilisateur	
No de la RAMQ	Date de naissance

Nom et prénom du père	Nom et prénom de la mère
Autres noms utilisés antérieurement	

Je, soussigné(e), _____
Nom et adresse

en ma qualité de _____
Usager ou personne autorisée

autorise la Clinique Chirugivision Trois-Rivières inc. et le docteur Francis Roy, ophtalmologiste

à faire parvenir à _____

les renseignements suivants : _____

pour les soins ou services reçus se rapportant à la période suivante : _____

contenus dans le dossier de l'utilisateur ci-dessus identifié.

Cette autorisation est valable pour une période de _____ jours à compter de la date de la signature de ce document.

Signataire : usager ou personne autorisée

Date

Témoin à la signature

Date