**PROCURATION**

Je, soussigné, [inscrire ici], résidant au [inscrire ici], [inscrire ici], né le [inscrire ici], autorise [inscrire votre nom], [inscrire votre titre]au [inscrire votre organisation], à obtenir une copie complète de mon dossier médical, incluant les notes médicales ou toutes autres informations pertinentes relativement à mon état de santé provenant de tout établissement de santé consulté.

En foi de quoi, j’ai signé à [inscrire ici],

ce [inscrire ici]e jour du mois de [inscrire ici] 2024.

[inscrire ici]

[inscrire ici]

[inscrire ici]

Téléphone : [inscrire ici]

Numéro d’assurance maladie : [inscrire ici]