EHC Ensemble Hospitalier de la Côte

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Etat Civil : .....

Rue : ..... NP : ..... Localité : .....

Tél. portable : ..... Tél. fixe : .....

Profession : ..... Email : .....

Assurance maladie : ..... No assuré : .....

Type d'assurance : commune semi privée privée

Médecin généraliste Médecin gynécologue

.....

Je donne l'autorisation de transmettre les données nécessaires à la facturation tant à l'institution qui établit la facture qu'à celle chargée d'un éventuel encaissement ou à l'avocat qui traite cette affaire ainsi qu'aux instances compétentes de l'Etat. Mon médecin est en droit de demander les dossiers médicaux me concernant pour consultation et de communiquer des résultats médicaux aux médecins traitants ultérieurement.

Par ma signature, je déclare que les indications susmentionnées sont conformes à la vérité et que j'ai pris acte du fait que le médecin envoie ses factures sous forme électronique via Mediport.

Lieu/date ..... Signature .....