

AUTORISATION DE TRANSMETTRE LES INFORMATIONS DU DOSSIER



ORDRE DES
CHIROPATICIENS
DU QUÉBEC

Je, _____ dont la date de naissance est le ____ / ____ / ____
NOM DU PATIENT JOUR MOIS ANNÉE

autorise _____ à transmettre les informations contenues dans mon dossier :

à _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code Postal : _____ N° Tél : _____ Télécopieur : _____

Signé à : _____ le ____ / ____ / ____
VILLE JOUR MOIS ANNÉE

NOM DU TÉMOIN

SIGNATURE DU TÉMOIN

SIGNATURE DU PATIENT

OCQ 2017

AUTORISATION DE TRANSMETTRE LES INFORMATIONS DU DOSSIER



ORDRE DES
CHIROPATICIENS
DU QUÉBEC

Je, _____ dont la date de naissance est le ____ / ____ / ____
NOM DU PATIENT JOUR MOIS ANNÉE

autorise _____ à transmettre les informations contenues dans mon dossier :

à _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code Postal : _____ N° Tél : _____ Télécopieur : _____

Signé à : _____ le ____ / ____ / ____
VILLE JOUR MOIS ANNÉE

NOM DU TÉMOIN

SIGNATURE DU TÉMOIN

SIGNATURE DU PATIENT

OCQ 2017