

Imprimé à retourner dûment complété et signé à : Service Relation avec les Usagers –
Centre Hospitalier de Lavour – 1 Place Vialas – 81500 LAVAUUR

**IMPORTANT : N'oubliez pas de joindre la photocopie
de votre pièce d'identité ou de votre passeport**

IDENTITE DU PATIENT

Nom : Prénom

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

.....

N° de téléphone (domicile ou portable) :/...../...../.....

COPIE DES INFORMATIONS MEDICALES :

En vue d'une instruction adaptée de votre demande, merci de préciser : les périodes
d'hospitalisation et les services de soins concernés par votre demande ; les documents
souhaités (0,18 € la page, coût du recommandé avec accusé de réception si envoi)

.....
.....
.....

MODALITES DE COMMUNICATION :

**En l'absence du choix de la modalité de communication du dossier, la consultation
sur place sera le moyen de communication retenu.**

♦ **Consultation sur place :**

- Avec accompagnement médical (médecin correspondant hospitalier)
- Sans accompagnement médical

ET/OU

- En présence d'une tierce personne de mon choix
- Sans la présence d'une tierce personne

♦ **Envoi à mon domicile** **A une autre adresse**

Adresse :

.....

♦ **Envoi au médecin de mon choix**

Nom et adresse :

.....

♦ **Retrait sur place** Tout dossier non récupéré dans un délai d'un mois sera adressé par voie
postale au demandeur avec facturation du supplément d'envoi en recommandé.

Date :

Signature :