

Demande d'accès aux renseignements personnels sur la santé

À propos de vous			
Nom		Prénom	
Adresse postale	Ville/Localité	Territoire/Province	Code postal
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)			
Numéro de carte d'assurance-santé			
Numéro de téléphone (jour)		Numéro de téléphone (soir)	
Courriel (facultatif)			

À propos de votre demande	
Vous souhaitez : a) recevoir une copie du dossier <input type="checkbox"/> OU b) consulter le dossier <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Par la poste <input type="checkbox"/> En personne	

À propos des renseignements auxquels vous voulez avoir accès
Quels renseignements voulez-vous consulter? Veuillez donner le plus de détails possible. Si vous manquez d'espace, joignez une autre feuille.
Indiquez la période sur laquelle portent les renseignements demandés. Donnez des dates précises.

Votre signature	Signature	Date
------------------------	-----------	------

Réservé à l'administration

Date de réception	Référence n° _____ <input type="checkbox"/> Identité vérifiée <input type="checkbox"/> Estimation des frais fournie Date limite pour la réponse : _____ Date d'activation : _____
--------------------------	---