



CLINIQUE RADIOLOGIQUE ST-LOUIS

3165, Chemin St-Louis, Québec, G1W 4R4
Tél.: 653-1890

AUTORISATION À COMMUNIQUER UN DOSSIER RADIOLOGIQUE

Je soussigné(ée) _____, autorise la Clinique radiologique St-Louis, 130-3165, chemin Saint-Louis, Québec, QC, G1W 4R4, à remettre à _____ une copie rapport et/ou CD couvrant la période _____.

Et j'ai signé à _____, ce _____ 2023.

Signature

Renseignements personnels :

Adresse : _____

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

N.B. : Une pièce d'identité sera nécessaire pour confirmation de la personne mandatée.