

Expéditeur:

Prénom/nom

Adresse

NPA/localité

Lieu et date

Recommandé

Adresse du
médecin

.....

.....

.....

Demande de renseignements

Mesdames, Messieurs,

Souhaitant exercer le droit d'accès que me confère l'art. 8 de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données, je vous prie de bien vouloir me faire parvenir un imprimé ou une copie de tout mon dossier médical dans un délai de 30 jours. Je vous saurais gré de me confirmer que les documents qui m'ont été envoyés sont complets et corrects.

Je joins la copie d'une pièce d'identité en guise de légitimation.

En vous remerciant d'avance de votre obligeance, je vous prie de croire, Mesdames, Messieurs, à l'assurance de ma considération distinguée.

Signature

Annexe: ment.