



Monsieur Le Directeur,

Je vous prie de bien vouloir me communiquer les éléments de dossier médical selon les modalités définies ci-dessous.

Je m'engage à régler les frais éventuels de duplication et d'envoi qui seront à ma charge.

A Le

Signature du demandeur :

Joindre la photocopie de la pièce d'identité du demandeur**IDENTITE DU PATIENT:**

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

Le(s) service(s) hospitalier concerné(s) :

IDENTITE DU DEMANDEUR :

Nom Prénom :

Nom de jeune fille : Date de naissance :

N° Téléphone (fixe): Mobile :

Adresse :

QUALITE DU DEMANDEUR, SUCCESEUR LEGAL DU DEFUNT (Cf. Arrêté du 03.01.2007): Joindre le justificatif de cette qualité (Copie du livret de famille ou du contrat de PACS, de l'acte de naissance, acte notarié, certificat d'hérédité...)

☐ Conjoint survivant ☐ Concubin ☐ Partenaire lié par un PACS

☐ Descendants (Enfants...) ☐ Ascendants (Père, mère...) ☐ Collatéraux (Frère, sœur...)

☐ Autres :

OBJECTIF POURSUIVI : (Cf. Art.L.1110.4 du code de la Santé Publique)

☐ Connaître les causes du décès

☐ Défendre la mémoire du défunt : précisez,

☐ Faire valoir un droit: précisez la nature du droit

En fonction de l'objectif poursuivi, vous aurez accès aux seules informations répondant à cet objectif.

Modalités de communication : (Ne cocher qu'une seule modalité)

☐ Retrait sur place (Pas de frais d'envoi)

☐ Envoi à mon domicile : Le dossier vous parviendra en recommandé avec accusé de réception

☐ Envoi au médecin de mon choix :

Nom et adresse :

À adresser à : Monsieur Le Directeur du Centre Hospitalier Ariège Couserans Département de l'Information Médicale BP 60111 09201 Saint Giron Cedex. Toute reproduction vous sera facturée 0,22 centimes la copie papier 5,45 € le Cd-rom, majoré de 10.70 € de frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception. Les documents seront envoyés à réception de votre paiement.