



**AUTORISATION POUR LA
DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**
V. 26/01/2023

Je, _____, soussigné(e), né(e) le _____
(Nom en lettres moulées)

et _____, soussigné(e), né(e) le _____
(Nom du Partenaire en lettres moulées – Si applicable)

autorise _____
(Médecin, Clinique ou Hôpital)

à divulguer une copie de mon dossier médical ou les documents spécifiés ci-dessous à la clinique Conceptia, soit :

Nom: _____ Signature: _____ Date: _____

Nom: _____ Signature: _____ Date: _____
(Si applicable)

Vérificatrice clinique: _____ Signature: _____ Date: _____

Choisir l'un des moyens suivants:

- Télécopieur: 506 862-7571
- Courriel: info@conceptia.ca
- Courrier régulier: Clinique Conceptia, Pavillon Hôtel-Dieu, 35 rue Providence, Moncton NB E1C 8X3

Veillez garder à l'esprit que toute information communiquée via télécopieur ou courrier électronique n'est pas entièrement sûre et peut être interceptée et utilisée par des personnes autres que le destinataire.