

AUTORISATION

Par les présentes, j'autorise Dr(e) _____ à communiquer mes renseignements personnels et le contenu de mon dossier médical dans la mesure nécessaire à Lambert Médico Factures inc. aux fins de facturation auprès de la RAMQ, la CNESST et/ou SAAQ pour une période de _____ ou encore jusqu'à ce que cette autorisation soit révoquée.

Et j'ai signé à _____

Le : _____

Nom en lettres moulées

Signature