FORMULAIRE D'AUTORISATION

Je soussigné-e, Nom du liquidateur : ès qualité de liquidateur testamentaire, du réclamant Nom du réclamant : ________, autorise par les présentes Services Proactio Inc., dans le cadre de leur fonction d'administrateur des réclamations de l'action collective No. 500-06-001109-202, à obtenir une copie de tout document relatif à la garde en établissement contenu dans le dossier médical suivant : Nom de l'hôpital: EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ À _____, LE _____ (Ville) (Date) Signature RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RÉCLAMANT: PRÉNOM ET NOM: **DATE DE NAISSANCE:** PRÉNOM ET NOM DU PÈRE: PRÉNOM ET NOM DE LA MÈRE: NO D'ASS. MALADIE: SECTION À REMPLIR PAR L'ADMINISTRATEUR SELON LES INFORMATIONS **FOURNIES:** Période visée :