

FORMULAIRE D'AUTORISATION

Ce formulaire d'autorisation est déposé dans le contexte de l'action collective visant les personnes qui ont fait l'objet d'une garde préventive de plus de soixante-douze (72) heures, sans ordonnance judiciaire et sous réserve d'une prolongation légale de la garde, dans un établissement du Québec

Je soussigné-e, **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 mon dossier médical suivant :

Nom de l'hôpital : _____

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ

À _____, LE _____
(Ville) (Date)

Signature

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE SIGNATAIRE :

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 PAR L'USAGER :

Période visée : _____ (identification la date de la garde préventive JJ/MM/AA)