

DIFFICULTÉS D'ACCÈS À UN MÉDECIN TRAITANT SIGNALÉES PAR UN BÉNÉFICIAIRE

BENEFICIAIRE

MADAME MONSIEUR

NOM (en majuscules) :

PRÉNOM(S) (Dans l'ordre de l'état civil) :

N° DE SÉCURITE SOCIALE :

ADRESSE : Préciser, s'il y a lieu : villa – lieu-dit – lotissement – cité – résidence – escalier – étage – etc.

N° : NOM DE LA VOIE :

LIEU DIT/ BP :

CODE POSTAL : VILLE :

PAYS :

TÉLÉPHONE : ADRESSE MAIL :

Exposé des faits (Cessation activité, déménagement...)

.....
.....
.....

Avez-vous des soins en cours ? OUI NON

Cela concerne-t-il d'autres membres de votre famille ? si oui lesquels ?

Nom et Prénom – Date de naissance :

Nom et Prénom – Date de naissance :

Nom et Prénom – Date de naissance :

Nom et Prénom – Date de naissance :

MEDECINS DEJA CONTACTES ET MOTIF DU REFUS OPPOSE

NOM et Prénom :

Lieu d'exercice :

Motif du refus :

NOM et Prénom :

Lieu d'exercice :

Motif du refus :

NOM et Prénom :

Lieu d'exercice :

Motif du refus :

NOM et Prénom :

Lieu d'exercice :

Motif du refus :

En signant la présente déclaration, j'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à : **Le :**

VOTRE SIGNATURE :