



FORMULAIRE DE RETRAIT

Lors du retrait des résultats, la personne devra présenter **sa pièce d'identité ainsi que celle du patient**

Partie réservée au patient

Je soussigné(e), Mr/Mme autorise
Mr/Mme à retirer le résultat d'examen du
..... / / me concernant auprès du Centre d'Imagerie Médicale de Coutances.

Fais le / / à

Signature patient :

:

Partie réservée au centre d'imagerie

Remis ce jour, le / /, sur présentation de ce formulaire de décharge et d'une
pièce d'identité de Mr/Mme (*Nom/Prénom Patient*)

Numéro carte identité du patient :

Date de délivrance :

Lieu de délivrance :

Numéro carte identité de la personne de confiance :

Date de délivrance :

Lieu de délivrance :

Nom/Prénom de la personne
de confiance et signature

Nom/Prénom Secrétaire
Cachet du centre d'imagerie