

Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
Code postal :

LIEU, le

En application des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique, je vous remercie de m'adresser l'ensemble des données que vous détenez sur ma santé, qu'elles soient sous forme papier ou sur support informatique (ainsi que la signification des codes, sigles ou abréviations éventuellement utilisés).

*(Donner tout renseignement sur la durée du séjour, le service concerné, les actes réalisés...)*

Vous trouverez en pièce jointe un justificatif de mon identité.

Pour votre information, vous disposez d'un délai de huit jours pour satisfaire ma demande.  
Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans.

Signature