

NOM Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal et Ville

Tél : Mail :

Justificatif à joindre : Photocopie / scan de votre carte d'identité

Hospitalisation et/ou consultations concernées, dates, service(s)...

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

Document(s) souhaité(s) :

- l'intégralité des éléments contenus dans mon dossier
- le compte rendu de ma prise en charge
- les pièces essentielles de mon dossier médical
- autre(s) document(s) (*Précisez*) :

.....
.....

Je souhaite (*cochez la case correspondante*) :

- Recevoir mon dossier à mon domicile sous pli recommandé et à mes frais
- Venir chercher les copies de mon dossier à la Direction des Usagers
- Que ce dossier soit adressé sous pli recommandé, à mes frais, au médecin dont voici les coordonnées :

- Consulter mon dossier sur place

Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception	Tarifs de La Poste
Prix unitaire de la photocopie/CD Rom / Clé USB	0,18 € / 1.50 € / 5.10 €

Date :

Signature :

Document à retourner, accompagné des justificatifs, à :

**GHR Mulhouse Sud Alsace
Hôpital du Hasenrain - Direction des Usagers (Pav. 4)**

87 Avenue d'Altkirch - BP 1070 - 68051 MULHOUSE Cedex

ou par mail à l'adresse DU@ghrmsa.fr

(Renseignements au 03.89.64.78.79 ou 78.14)