|  |  |
| --- | --- |
| Nom :Prénom :Adresse :Téléphone :Mail :  |  |
|  | **Dre Florence HOAREAU**Dermatologie et Vénéréologie FMHCentre médical MontchoisiChemin des Allinges 16 bis1006 Lausanne |

**TRANSMISSION DE MON DOSSIER MÉDICAL**

J’accepte que mon dossier médical complet soit envoyé au Dr …. (nom complet et adresse professionnelle exacte) et vous libère de votre devoir de conservation légal et contractuel.

Lieu et date:

Signature:

(original signé au médecin et copie conforme au patient)