

FORMULAIRE DE RECUSATION DU MANDATAIRE

Je soussigné(e), (Nom et prénom du patient),
révoque par la présente la personne citée ci-dessous et désignée pour me représenter dans l'exercice de
mes droits de patient en date du.....

Identité du patient :

- nom et prénom
- numéro national.....
- adresse
-
- numéro de téléphone/Gsm
- date de naissance
- adresse mail.....

Identité du mandataire récusé :

- nom et prénom
- numéro national.....
- adresse
-
- numéro de téléphone/Gsm
- date de naissance
- adresse mail.....

Fait à le

Signature du patient :

Il est recommandé d'informer de la récusation les personnes ayant reçu un exemplaire au moment de la désignation.