





*Destinataire (un seul choix possible) :*

- moi-même
  - envoyer à mon adresse postale (cf. supra)
  - me remettre en mains propres à la clinique
- mon médecin traitant (nom, adresse) :

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

- un médecin (nom, adresse) :

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

- autre :

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

Je m'engage à m'acquitter des frais relatifs à l'obtention de mon dossier.

Date et signature :

***Ce formulaire, auquel une copie recto-verso de votre carte d'identité doit être impérativement jointe, doit être adressé au secrétariat de la direction médicale : Boulevard du Jardin Botanique 32 à 1000 Bruxelles (E-mail : directionmedicale@clstjean.be)***