



Autorisation de récupération de résultats par une personne tiers

**Détails du patient:**

Prénom et nom:.....

Rue et numéro de maison:.....

Code postal et ville:.....

Numéro de registre national:.....

Le patient donnant la procuration à la personne nommée ci-dessous, donne a celle-ci l'autorisation de retirer son résultat au laboratoire.

**Données de l'autorisé(e):**

Prénom et nom:.....

Rue et numéro de maison:.....

Code postal et ville:.....

Numéro de registre national:.....

Signé le ..... / . ... ./ ..... par:

Signature du patient:

Signature du représentant(e) autorisé(e):

Nom du patient:

.....

Nom du représentant(e) autorisé(e):

.....