

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

(Veuillez-vous référer à l'annexe de la Liste des pièces à fournir afin de compléter votre demande.)

***Champs obligatoires**

Nom(s) de naissance* :

Nom (s) marital ou nom d'usage :

Prénom (s)* :

Date de naissance* : .../.../.....

Adresse* :

CP* :

Ville* :

Téléphone portable* :

Email* :@.....

Type de dossier* :

- Dossier Médical
- Compte-rendu opératoire
- Compte-rendu d'hospitalisation
- Duplicata IRM/Scanner/Radio

Service/Spécialité.....

Nom praticien.....

Année.....

Demandes à nous faire parvenir soit par mail accueil.alma@almaviva-sante.com

Ou par voie postale à **Clinique de l'Alma – Secrétariat de Direction – 166, rue de l'Université, 75007, Paris**

Demande de dossier médical FOR/PEC/PP/020 – V1 10/08/2023 Attention : seule la version diffusée sur la GED est en vigueur.