



A Quest Diagnostics Subsidiary

AUTORISATION À DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS

Je, _____ AUTORISE:

(Inscrire votre nom)

(Nom de l'Établissement)

À divulguer les informations suivantes :

Divulguer à:

_____ a/s Services d'Assurance ExamOne
100 International Blvd., Toronto, ON, M9W 6J6

Le dossier de:

NOM: _____ NÉ (E) LE : _____

ADRESSE: _____

VILLE: _____ CODE POSTAL: _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE: _____

Je consens à ce que ces renseignements soient utilisés seulement pour les fins de:

Date

Signature du Patient/Représentant Autorisé

Relation légale entre le représentant et le proposant

Signature du témoin