

Nom : Castres, le  
Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél :

Monsieur le Directeur  
Centre Hospitalier Inter Communal  
Castres-Mazamet  
Hôpital du Pays d'Autan  
6, avenue de la Montagne Noire  
81108 CASTRES Cedex

Monsieur,

En application des **Articles L.1111-7 et L.1112-1 du décret n° 2002-637 du 29 avril 2002**, paru au **J.O. n° 101 du 30 avril 2002** et de **l'arrêté du 05/03/2004 alinéa IV.**

**Pouvez-vous faire parvenir :**

- A moi-même  
 Au médecin traitant       Autre médecin

Nom :  
Adresse :  
N° de téléphone :

**La reproduction à titre payant - Information donnée**

- |   |                    |
|---|--------------------|
| - Prise en charge d'un dossier simple :   | 14,50 €            |
| - Prise en charge d'un dossier complexe : | 37,00 €            |
| - Duplicatas des radios format 20 x 30 :  | 3,15 € (par radio) |
| - Duplicatas des radios format 36 x 43 :  | 6,30 € (par radio) |
| - 1 CD Rom :                              | 3,40 €             |
| - Tarif d'envoi recommandé avec AR :      |                    |
| (6€49, 7€63...)                           |                    |

Des pièces du dossier médical, concernant l'hospitalisation au Centre Hospitalier Intercommunal de Castres-Mazamet, de :

M..... Né(e) le : .....

Dates.....

Documents demandés : .....

.....

Signature,

***NB*** : Prière de joindre la photocopie d'une pièce d'identité et une photocopie du livret de famille (ainsi que tout document si votre situation maritale le justifie prouvant que vous avez l'autorité parentale), de même il sera demandé une photocopie du jugement dans le cadre des tutelles ou curatelles.