

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 : | 3,50 € (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 :

- Connaître la cause de la mort Défendre la mémoire du défunt Faire valoir ses droits

Signature,