

INSCRIPTION CENTRE DE SERVICE MÉDICAL DE ST-PAULIN

Je m'inscris en tant que ...

Individu : ____
Couple : ____

Famille : ____
Famille monoparentale
ou famille dont 1 des 2
parents s'inscrit : ____

Enfant : ____
(Signature d'un parent obligatoire)

Membre principal

Nom : _____

Date de naissance : _____

Adresse complète : _____

Numéro de téléphone (maison) : _____ (travail) : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Numéro séquentiel : _____

Date d'expiration de la carte : _____

Allergies connues : _____

Conjoint

Nom : _____

Date de naissance : _____

Adresse complète : _____

Numéro de téléphone (maison) : _____ (travail) : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Numéro séquentiel : _____

Date d'expiration de la carte : _____

Allergies connues : _____

Enfant

Nom : _____

Date de naissance : _____

Adresse complète : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Numéro séquentiel : _____

Date d'expiration de la carte : _____

Allergies connues : _____

Enfant

Nom : _____

Date de naissance : _____

Adresse complète : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Numéro séquentiel : _____

Date d'expiration de la carte : _____

Allergies connues : _____

Enfant

Nom : _____

Date de naissance : _____

Adresse complète : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Numéro séquentiel : _____

Date d'expiration de la carte : _____

Allergies connues : _____

Si vous étiez déjà patient du Dr Lise Savard, veuillez remplir la feuille d'autorisation, pour chaque personne inscrite, si vous voulez que nous lui refassions transférer votre dossier médical du CLSC.

J'accepte de payer les frais participatifs à la Corporation de développement socioculturel de St-Paulin inc. Ces frais ne sont pas remboursable et ne sont aucunement reliés à la pratique de l'acte médical. Ils seront affectés à la gestion des installations et du personnel en soutien au médecin et aux autres activités initiées par la corporation.

Signature : _____

Libellez votre chèque à : CDS St-Paulin inc

**Réservé à l'administration*

TARIF : _____

APPROUVÉ : _____

PAYÉ : _____