



Texte de consentement
(Société de l'assurance automobile du Québec)

J'autorise la Société de l'assurance automobile du Québec à communiquer à la CLINIQUE DE PHYSIOTHÉRAPIE DES HAUTS-BOIS, impliquée dans le processus de remboursement des frais, les renseignements suivants me concernant : mon nom et adresse ainsi que la nature, la durée, les montants et les décisions concernant ces frais.

NOM : _____

PRÉNOM : _____

TÉL. : _____ CELL : _____

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : _____

DATE DE L'ACCIDENT : _____

NOM DE L'AGENT (E) : _____

NUMÉRO DE RÉCLAMATION : _____

SIGNATURE : _____

DATE DE LA DEMANDE : _____