

Groupe Mutuel Holding SA
Rue des Cèdres 5
CH-1919 Martigny

Bon de délégation

Pour

Prénom _____ Nom _____

Date de naissance _____ N° d'assuré _____

J'informe avoir délégué ce patient au Docteur :

-
- pour un avis spécialisé
 - pour l'examen spécialisé suivant _____
 - pour traitement et investigation
 - pour une intervention chirurgicale / hospitalisation

Cette délégation est valable pour une durée de _____ jusqu'à _____

Nom et prénom du médecin déléguant

Date

Signature