



Conseil manitobain d'appel en matière de santé

500, avenue Portage, bureau 102, Winnipeg (Manitoba) R3C 3X1

Tél. : 204 945-5408 Sans frais : 1 866 744-3257 Téléc. : 204 948-2024

Site Web : <https://www.gov.mb.ca/health/appealboard/index.fr.html>

AUTORISATION D'AGIR À TITRE DE REPRÉSENTANT

En signant la présente formule, je désigne la personne nommée ci-dessous pour me représenter dans le cadre de mon appel auprès du Conseil manitobain d'appel en matière de santé. J'autorise aussi la divulgation et la communication à cette personne de mes renseignements personnels et de mes renseignements médicaux personnels liés à cet appel.

Date : _____

Nom (en lettres moulées) : _____ Signature : _____
Appelant

N° d'identification personnel (NIP) : _____
(numéro à 9 chiffres)

UN TÉMOIN doit être une « tierce partie », et non l'appelant ou son représentant.

Nom du témoin (en lettres moulées) : _____ Signature : _____
Témoin

Numéros de téléphone : _____

Adresse : _____

=====

Nom du représentant : _____

Lien avec l'appelant : _____

Pronoms préférés (facultatif) _____

Adresse et code postal : _____

Numéros de téléphone : _____

Courriel : _____ Signature : _____
Représentant

Veuillez envoyer par la poste, par courriel ou par télécopieur ou remettre la présente formule dûment remplie avec l'avis d'appel au Conseil manitobain d'appel en matière de santé à l'adresse suivante :

Conseil manitobain d'appel en
matière de santé
500, avenue Portage, bureau 102
Winnipeg (Manitoba) R3C 3X1
Télécopieur : 204 948-2024*
Courriel : appeals@gov.mb.ca