



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](mailto:appeals@gov.mb.ca)