

## DEMANDE DE CONTACT

Le·la soussigné·e      Nom, prénom \_\_\_\_\_  
Rue \_\_\_\_\_  
N° postal, localité \_\_\_\_\_  
Courriel \_\_\_\_\_  
Téléphone fixe \_\_\_\_\_  
Téléphone portable \_\_\_\_\_

A bénéficié d'une consultation de (par exemple génétique, néonatalogie, gynécologie, cardiologie, etc.) \_\_\_\_\_ en date du \_\_\_\_\_  
par le·la Dr·e \_\_\_\_\_ à l'Hôpital du Valais ou à son cabinet.

Par sa signature, il·elle confirme qu'il·elle souhaite être contacté·e par MaRaVal pour recevoir des informations sur ses prestations.

Cette demande concerne :

- ☐ lui/elle-même
- ☐ son enfant \_\_\_\_\_ né·e le \_\_\_\_\_
- ☐ son enfant \_\_\_\_\_ né·e le \_\_\_\_\_

Remarque·s

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature du·de la patient·e/représentant·e légal·e \_\_\_\_\_

*En cas de nécessité, merci de bien vouloir prendre contact  
avec l'Hôpital du Valais ou votre médecin.*