

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.*