

FORMULAIRE DE CHANGEMENT D'ADRESSE

Nom et prénom du patient : _____

Numéro de dossier de l'ICM si connu : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse actuellement au dossier : _____

J'autorise l'Institut de Cardiologie de Montréal à changer mon adresse pour l'adresse suivante :

SIGNATURE DU PATIENT : _____

DATE : _____