

Désignation de la personne de confiance

En application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades
– article L.1111-6 du Code de la Santé Publique

Je soussigné(e) (nom de naissance, prénom) _____

Né(e) le ____/____/____ à _____

Je désigne la personne de confiance (majeure) :

Mme, M (nom, prénom) _____

Adresse _____

Téléphone _____ / E-mail _____ @ _____

Je l'autorise à m'accompagner dans mes démarches et à assister aux entretiens médicaux. Au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté, le médecin responsable pourra demander l'avis de cette personne.

Cette désignation est valable pour la durée de mon hospitalisation et est révocable à tout moment.

Date : ____/____/____

Signature du patient :



Signature de la personne désignée :



NB : Il vous est conseillé d'en conserver un exemplaire et d'en confier un à votre personne de confiance.

SITE de MEAUX (siège social)
6-8 rue Saint-Fiacre – BP 218
77104 Meaux cedex
standard : 01 64 77 64 77

SITE de MARNE-LA-VALLÉE
2-4 Cours de la Gondoire
77600 Jossigny
standard : 01 64 77 64 77

SITE de COULOMMIERS
4 rue Gabriel Péri
77527 Coulommiers cedex
standard : 01 64 77 64 77

SITE de JOUARRE
18 rue du Petit Huet
77640 Jouarre
standard : 01 60 24 48 48