

Autorisation de retrait de résultats d'examens

Je soussigné(e) :

Né(e) le : / /

Demeurant :

Par la présente, j'autorise
à venir retirer les résultats de mon examen à l'accueil de l'Imagerie Médicale de
l'Hôpital Paris-Saclay.

Pour retirer ces documents, il/elle devra présenter une pièce d'identité.

Sans cette autorisation signée, aucun résultat ne sera remis.

Fait à :

Signature :