



DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL A L'AYANT DROIT D'UNE PERSONNE DÉCÉDÉE. AU PARTENAIRE LIÉ PAR LE PACS OU AU CONCUBIN

**Direction de la patientèle, du parcours patient et des affaires médicales**

62, Route de Conches - CS 32204 – 27022 Evreux Cédex

[contact@nh-navarre.fr](mailto:contact@nh-navarre.fr)

Je soussigné-e Mr - Mme : .....

Adresse postale : .....

Numéro de téléphone : ..... @ .....

Identité du patient décédé :

Mr - Mme : .....

Né (e) le : ..... Décédé (e) le : .....

**Période (s) concernée (s)**

**Service (s) concerné (s)**

Motif de la demande :

- Connaitre les causes du décès : .....
- Faire valoir un de vos droits : .....
- Défendre la mémoire du défunt : .....

Justificatifs à joindre à votre demande :

- Une copie recto verso de votre carte nationale d'identité ou de votre passeport en cours de validité.

- Pour le conjoint et enfant (s) : Une copie du livret de famille
- Pour les autres demandeurs (parents, frères, sœurs, ...) : Acte de notoriété
- Pour les partenaires de PACS : Document portant mention PACS
- Pour le concubin : éléments prouvant la situation datant de - de 3 mois, facture, loyer ...
- Pièce complémentaire : une copie de l'acte de décès du patient, si le patient n'est pas décédé dans l'établissement

A : .....

Le : .....

SIGNATURE :