

Demande de résiliation d'une suppléance d'un dossier du patient Post Sanela Health SA

Pour les représentations légales veuillez utiliser le formulaire correspondant (www.post-sanela.ch).

Informations sur le / la patient(e) pour lequel / laquelle la suppléance doit être résiliée:

Nom*:	<input type="text"/>
Prénom*:	<input type="text"/>
Date de naissance*:	<input type="text"/>
Sexe*:	<input type="text"/>
(masculin / féminin / autre)	<input type="text"/>
Rue :	<input type="text"/>
Code postal et domicile*:	<input type="text"/>
Pays*:	<input type="text"/>
Adresse email*:	<input type="text"/>
Numéro de téléphone portable*:	<input type="text"/>

Informations sur la suppléance à résilier:

Nom*:	<input type="text"/>
Prénom*:	<input type="text"/>
Date de naissance*:	<input type="text"/>
Sexe*:	<input type="text"/>
(masculin / féminin / autre)	<input type="text"/>
Rue :	<input type="text"/>
Code postal et domicile*:	<input type="text"/>
Pays*:	<input type="text"/>
Adresse email*:	<input type="text"/>
Numéro de téléphone portable*:	<input type="text"/>

* Champ obligatoire



Confirmation de résiliation de la suppléance

Par ma signature, j'accepte que la suppléance pour mon DEP Post Sanela Health SA par la suppléance susmentionnée soit résiliée.

Date:

Signature patient(e):

Documents nécessaires:

- ☐ Copie de la pièce d'identité officielle du / de la patient(e)

Envoyer à: Post Sanela Health SA, XAD-Stammgemeinschaft, Pfingstweidstrasse 60b, 8005 Zürich

A remplir par les services centraux de la communauté de référence XAD:

Antrag auf Auflösung Stellvertretung eingegangen: Datum / Kürzel

Prüfung Formular durchgeführt: Datum / Kürzel

Stellvertretung aufgelöst (PADM, Datum, Unterschrift): Datum / Kürzel