



Attestation de délégation Agilia-win.doc

Prénom

Nom

Rue

NPA/localité

Date de naissance

Numéro d'assuré

À remplir par le médecin de famille:

J'ai transmis ce patient

Date de délégation

Transmission à

Médecin d'hôpital

Oui

Non

Hôpital

Durée de la délégation

Je n'ai pas transmis ce patient

Cette personne n'est pas mon patient

Remarques

Lieu/date

Timbre/signature du médecin

Veuillez envoyer le formulaire complété et signé à:

Agilia Caisse-maladie SA, Case postale 246, 6102 Malters. Merci.