

Demande de rectification de renseignements personnels sur la santéen vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé***Nom du dépositaire de renseignements personnels sur la santé à qui la demande est adressée :**
Hôpital Montfort 713, chemin Montréal, Ottawa, Ontario K1K 0T2**Vos renseignements :** M. Mme Date de naissance : _____

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (jour) : _____ (soir) _____

Adresse courriel : _____

Renseignements sur le mandataire spécial*, s'il y a lieu :

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone (jour) : _____ (soir) _____

Adresse courriel : _____

*Veuillez fournir les documents démontrant que vous êtes un mandataire spécial autorisé, s'il y a lieu.

***Veuillez fournir une description détaillée des renseignements personnels sur la santé auxquels vous avez obtenu accès et dont vous demandez la rectification, les raisons pour lesquelles les renseignements personnels sur la santé sont incomplets ou inexacts et les renseignements nécessaires pour les rectifier.**

Signature : _____ Date : _____ (jj/mm/aaaa)

Réservé au dépositaire de renseignements personnels sur la santé :

Date de réception : _____ Numéro de demande : _____ Remarques : _____