



Centre dentaire
de La Rive

AUTORISATION DE TRANSFERT DE DOSSIER

Je, _____ (nom en lettres moulées),
autorise le Centre dentaire de la Rive à transférer mon dossier dentaire,
incluant tous les documents numériques (radiographies,
photographies, etc.)

à : _____ (nom du dentiste ou de la clinique)

à l'adresse courriel : _____

La copie du dossier sera transférée par courriel.

Signature du patient ou de la personne responsable :

Date : _____