

**DOCUMENT "B"**

**AUTORISATION DE REMISE DE DOSSIERS MÉDICAUX**

RE: \_\_\_\_\_

Nom du Réclamant (caractères d'imprimerie)

Date de naissance

**À QUI DE DROIT:**

Par la présente, vous êtes autorisé et enjoint de remettre au Gestionnaire des Réclamations de la Convention de Règlement canadien ATM Vitek toute information médicale ou dossiers médicaux que vous avez en votre possession concernant l'identité du manufacturier de mon (mes) implants de mâchoires, mes chirurgies d'implants de mâchoires, et de tout dommage, maladie et autres problèmes médicaux prétendument reliés à mon (mes) implants de mâchoires. Pour cette remise, ceci sera une autorisation suffisante.

Signé à \_\_\_\_\_, dans la province de \_\_\_\_\_

ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Signature du Réclamant