

Cabinet Dentaire Capelette

78 boulevard Mireille Lauze

13010 MARSEILLE

04 91 79 85 82

Consultations sur rendez-vous

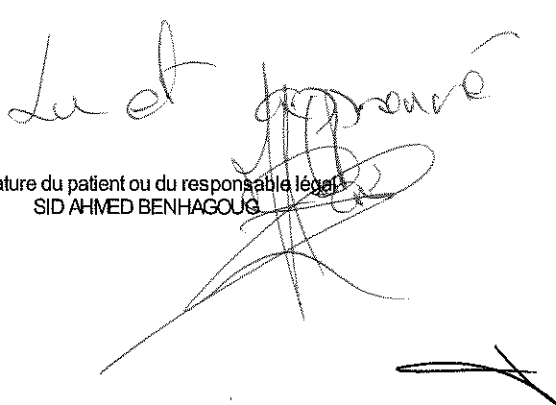
**ATTESTATION PATIENT
RESTITUTION DOSSIER MEDICAL**

MARSEILLE, le 29/10/2024

Je soussigné(e) **SID AHMED BENHAGOU** atteste avoir fait la demande de restitution de mon dossier médical auprès du Cabinet Dentaire Capelette et certifie qu'il m'a été remis en main propre ce jour, comprenant le cas échéant :

☒ l'impression papier du dossier médical

☒ l'impression papier du (des) cliché(s) radiographique(s) (panoramique et/ou tomographie volumique ...)


Signature du patient ou du responsable légal
SID AHMED BENHAGOU

