

### Informations sur le demandeur

Nom et Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code postal et ville : .....

Tél. : ..... Mail : .....

### Demande à avoir accès au dossier médical de :

Nom, prénom de la personne : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....  Date de décès : ..... / ..... / .....

Lien de parenté avec le défunt : .....

### Justificatif à joindre

Carte d'identité du demandeur (recto-verso)

Certificat de décès

Document justifiant de votre qualité d'ayant droit (d'hériter) de la personne décédée : **livret de famille** (conjoint survivant ou enfant(s)) ou **acte de notoriété** ou **certificat d'hérédité**

### Pour le motif suivant

Connaître les causes du décès

Faire valoir des droits (à préciser obligatoirement) : .....

.....

.....

Défendre la mémoire du défunt (à préciser obligatoirement) : .....

.....

.....

### Je souhaite (cochez la case correspondante)

Recevoir les éléments à mon domicile sous pli recommandé et à mes frais

Venir les chercher à la Direction des Usagers  Consulter le dossier sur place

### Tableau des tarifs :

Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception	Tarifs réglementaires en vigueur
Prix unitaire de la photocopie / CD Rom (pour les imageries)	0,18€ / 1,58€

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

**Documents à retourner, accompagnés des justificatifs au :**  
**Groupe Hospitalier de la Région Mulhouse et Sud Alsace**  
 Direction des Usagers (Pavillon 4) - 87 Avenue d'Altkirch - BP 1070 - 68051 Mulhouse Cedex  
**ou par mail à l'adresse DU@ghrmsa.fr**

**La Direction des Usagers se tient à votre disposition pour tous renseignements**  
 au **03 89 64 78 79** ou **03 89 64 78 14**