

Demande de rectification de renseignements personnels sur la santé
en 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 (jj/mm/aaaa) : _____

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Autre : _____

Adresse courriel : _____

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

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Autre : _____

Adresse courriel : _____

*Veuillez décrire clairement les renseignements personnels sur la santé auxquels vous avez eu accès et que souhaitez faire corriger, expliquer les raisons pour lesquelles les renseignements personnels sur la santé sont incomplets ou inexacts et fournir les informations nécessaires pour les rectifier.

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

Réservé au dépositaire de renseignements personnels sur la santé :**Date de réception :** _____ **Numéro de dossier:** _____