

Conseil manitobain d’appel en matière de santé

500, avenue Portage, bureau 102, Winnipeg (Manitoba)  R3C 3X1

**Tél. :** 204 945-5408 **Sans frais :** 1 866 744-3257 **Téléc. :** 204 948-2024

**Site Web :** <https://www.gov.mb.ca/health/appealboard/index.fr.html>

AUTORISATION D’AGIR À TITRE DE REPRÉSENTANT

En signant la présente formule, je désigne la personne nommée ci-dessous pour me représenter dans le cadre de mon appel auprès du Conseil manitobain d’appel en matière de santé. J’autorise aussi la divulgation et la communication à cette personne de mes renseignements personnels et de mes renseignements médicaux personnels liés à cet appel.

Date :

Nom (en lettres moulées) : \_\_\_\_ Signature :

Appelant

N° d’identification personnel (NIP) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(numéro à 9 chiffres)**

**UN TÉMOIN** doit être une **« tierce partie »**, et non l’appelant ou son représentant.

Nom du témoin (en lettres moulées) : \_\_\_ Signature :

Témoin

Numéros de téléphone : Adresse :

**===================================================================**

Nom du représentant :

Lien avec l’appelant :

Pronoms préférés (facultatif) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse et code postal :

Numéros de téléphone :

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Représentant

Veuillez envoyer par la poste, par courriel ou par télécopieur ou remettre la présente formule dûment remplie avec l’avis d’appel au Conseil manitobain d’appel en matière de santé à l’adresse suivante :

Conseil manitobain d’appel en matière de santé

500, avenue Portage, bureau 102

Winnipeg (Manitoba)  R3C 3X1

Télécopieur : 204 948-2024\*

Courriel : [appeals@gov.mb.ca](mailto:appeals@gov.mb.ca)

Mars 2022