

IDENTITÉ DES NOUVEAUX PATIENTS

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nationalité : _____

Etat civil : _____

Nom de jeune fille : _____

Adresse privée : _____

Chez (C/o) : _____

Numéro postal : _____

Lieu : _____

Tél. privé : _____

Tél. portable : _____

Email : _____

Employeur : _____

Adresse professionnelle : _____

Médecin traitant : _____

Assurance maladie : _____

Numéro d'assuré(e) : _____

Je veux recevoir de l'information sur les activités

Je demande à mon médecin traitant de me fournir des indications médicales me concernant qu'au médecin-conseil de ma caisse maladie.

J'autorise également mon médecin à procéder au recouvrement de ses factures par toute voie de droit.

Signature : _____ Genève, le _____

 <http://www.teomera.ch>

 reception@teomera.ch

 +41 22 312 08 08

 +41 22 312 08 09

 Route de Ferney 194 A
1218 Le Grand-Saconnex

