

Assura  
Case postale 4  
1052 Le Mont-sur-Lausanne

**AVIS DE DELEGATION**

**Médecin de famille :**

**Patient :**

Le médecin soussigné atteste avoir adressé le/la patient(e) susnommée(e) à la consultation d'un confrère :

Nom/Prénom, hôpital, etc :

\_\_\_\_\_

Adresse (rue, localité, NPA) :

\_\_\_\_\_

Numéro RCC :

\_\_\_\_\_

Spécialité :

\_\_\_\_\_

Dès le :

\_\_\_\_\_

Motif du traitement/Remarque :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lieu et date :

Timbre et signature :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_