

**FORMULAIRE DE CONFIRMATION DE L'IDENTIFICATION D'UN PRELEVEMENT**

**A faxer au 05 61 59 12 55 ou 05 61 77 01 31**

Je soussigné(e).....

assume la responsabilité de l'identification patient du dossier

N°.....

concernant :

Nom.....

Prénom.....

Nom de naissance .....

Date de naissance ...../...../.....

que j'ai prélevé(e), le ...../...../....., à :

- son domicile
- en établissement de soin

Fait à : .....

Le : ...../...../.....

Signature :