

Transfer de Dossier / Release Form

Bourget Dental Clinic

2115 Laval St. P.O. Box 250

Bourget ON

K0A 1E0

Tel: (613) 487-2740

Fax: (613) 487-4063

drjean-marcracine@bellnet.ca

Nom du Patient / Patient Name

DDN / DOB

J'autorise votre bureau / I authorize your office/ Dr.: _____

Tel: _____ Fax: _____ e-mail: _____

à faire parvenir à la Clinique Dentaire de Bourget mon dossier et radiographies récentes.

Je consens par envoi électronique à drjean-marcracine@bellnet.ca

Je retire toutes responsabilités légales qui pourraient faire suite à cette autorisation.

to transfer any recent x-rays and dental records to Bourget Dental Clinic

I agree to have them sent electronically to drjean-marcracine@bellnet.ca

I release you from all legal responsibility or liability that may arise from this authorization.

Date exam 01103/01102/01101: _____

Date 01202: _____

Date 11101: _____

Date 12101: _____

Date scaling 11112: _____

Date 02142: _____

Date 02601: _____

Date 02111 : _____



Signature du patient / Patient signature: _____ Date: ____/____/____