

FORMULAIRE DE RÉVOCATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M.
Né(e) le
Demeurant

Hospitalisé(e) à la Clinique Paul Picquet depuis le

Révoque comme personne de confiance à compter du

Mme, Mlle, M.
Né(e) le
Demeurant

Désigne comme nouvelle personne de confiance durant cette hospitalisation

Mme, Mlle, M.
Né(e) le
Demeurant
Téléphone domicile
Téléphone travail
Téléphone mobile

Fait à
Le

Signature du patient :

Cadre réservé à la personne de confiance

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. certifie avoir été informé(e)
de ma désignation en qualité de personne de confiance.

Fait à
Le

Signature :