HEURE SEINE
HÔPITAL EVREUX-VERNON
Votre santé au cœur de notre engagement

FORMULAIRE DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

CADRE RÉSERVÉ AU PATIENT

Je soussigné(e) : ..... né(e) le : .....

Adresse : .....

.....

Énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fait à : .....le .....

Signature du patient