

Pour les assurés INTRAS ayant une assurance FIRST MED

## Confirmation de délégation

### Par la présente je délègue mon(ma) patient(e)

Prénom

Nom

Date de naissance

Domicilié(e) à

### au spécialiste suivant

Prénom

Nom

Rue/Numéro

NPA/Localité

Date d'établissement

Timbre et signature du médecin de famille

Numéro de client INTRAS

Signature du(de la) patient(e) ou de la personne assurée ou de son représentant légal

Cette confirmation de délégation doit être envoyée à INTRAS **dans les 10 jours à compter du début du traitement auprès du spécialiste.**

INTRAS  
Contact Center  
Case postale  
6002 Lucerne