

CONFIRMATION DE MANDAT

Je soussigné

Nom ou raison sociale:

Prénom :

Profession :

Adresse :

Tél. :

déclare par la présente donner à :

(adresse) :

mandat à l'exclusion de tout autre intermédiaire,

a) pour étudier les conditions auxquelles je pourrai satisfaire à l'obligation de responsabilité civile médicale instituée par la Loi n°54 du 4 mars 2002.

b) pour présenter à la société d'assurance

une proposition en mon nom,

c) en cas de refus de cette société d'assurance, pour saisir en mon nom le BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION statuant en matière de risques de responsabilité civile médicale, selon la procédure instituée par les Articles R.250-2 et suivants du Code des Assurances, et ce jusqu'à décision de ce Bureau, sauf désistement de ma part notifiée audit Bureau.

Fait à,

le

Signature,