



Demande d'indemnisation d'un dommage corporel adressée au directeur de l'hôpital public

Vous avez subi un dommage corporel au sein d'un hôpital public et vous souhaitez en demander l'indemnisation au directeur de cet établissement.

*Nous vous invitons à lire attentivement **la notice** avant de remplir ce **formulaire**.*

Vous voudrez bien cocher les cases correspondant à votre situation, renseigner les rubriques qui s'y rapportent, joindre les pièces justificatives nécessaires, dater et signer ce formulaire.

Votre identité :

Madame Monsieur

Votre nom de famille (nom de naissance) :

Votre nom d'usage (ex. nom d'époux/d'épouse) :

Vos prénoms : _____

Votre date et lieu de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

Votre nationalité : _____

Votre profession : _____

Votre adresse : _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune : _____ Pays : _____

Votre adresse électronique : _____

@

Votre numéro de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Préjudice médical subi :

Nom de l'établissement public concerné : _____

Adresse : _____

Code postal |_|_|_|_|_| Commune : _____

Date de l'hospitalisation : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de l'intervention médicale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Indiquez dans quelles circonstances s'est déroulée l'hospitalisation ou l'intervention médicale :

Indiquez les dommages que vous avez subis suite à votre hospitalisation ou votre intervention médicale :

DEMANDES CHIFFREES	MONTANT
<input type="checkbox"/> Frais médicaux	€
<input type="checkbox"/> Frais liés à l'embauche d'une auxiliaire de vie	€
<input type="checkbox"/> Frais liés à la garde d'un enfant	€
<input type="checkbox"/> Frais liés à l'installation au domicile d'un matériel adapté à la maladie	€
<input type="checkbox"/> Indemnité au titre des souffrances subies	€
<input type="checkbox"/> Indemnité au titre de l'invalidité résultant de l'intervention	€
<input type="checkbox"/> Perte de revenus	€
<input type="checkbox"/> Autre demande :	€
<input type="checkbox"/> Autre demande :	€

N'oubliez pas de joindre tout justificatif en rapport avec votre demande.

Vous demandez au directeur de l'établissement public une indemnisation d'un montant total de :
_____ euros

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) _____ certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts.

Fait à : _____ Le |_|_|_|_|_|_|_|

Signature

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires de ce formulaire.