

Procuration

Par la présente, je soussigné-e, en tant que **mandant-e** (assuré-e)

Numéro d'assuré _____

Nom/Prénom _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

autorise et charge

l'Office AI Canton de Berne
Scheibenstrasse 70
3001 Berne

d'adresser **au / à la médecin** mentionné(e) ci-dessous

Nom/Prénom _____

Clinique/Hôpital/Cabinet _____

Adresse _____

NPA/lieu _____

Téléphone _____

une **copie des préavis et décisions futures concernant le versement de prestations de rente.**

Cette procuration est valable jusqu'à sa révocation écrite.

- Veuillez cocher la case ci-dessus, si vous voulez que nous transmettions au/à la médecin précité(e) une copie du dernier préavis ou de la dernière décision concernant le versement de prestations de rente.

Lieu, date

Signature de la personne assurée
(ou de son représentant légal)