



## Formulaire de référence

Date de la référence : \_\_\_\_\_

Nom du client : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Raison pour la référence/problème présenté :

---

---

---

---

---

---

---

---

La référence a-t-elle été discutée avec le client :    oui             non

Médecin/professionnel référant (complétez l'information ou utilisez votre étampe) :

Téléphone :

Adresse :

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*Nous vous remercions pour votre référence.*

**[www.espo-opht.ca](http://www.espo-opht.ca)**

2555 St. Joseph, Suite 202, Orlean, Ontario, K1C 1S6

[info@espo-opht.ca](mailto:info@espo-opht.ca)

Tel: 613.454.7770 Fax: 613.454.7771