

## 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)