*Modèle de mandat pour une association agrée*

[Nom et prénom]

[Adresse]

[Ville], le [Date]

**Objet : Mandat de saisine de l’autorité compétente et de représentation par une association d’usagers du système de santé agréée dans le cadre de la procédure applicable aux refus de soins discriminatoires**

Par la présente, je donne pouvoir à :

[Monsieur/Madame] [Nom et prénom du représentant]

membre de l’association [Nom de l’association agréée]

dont le siège est situé au [Adresse de l’association],

* de saisir en mon nom [la caisse locale d’assurance maladie/ le conseil local de l’ordre professionnel] de la plainte pour refus de soins discriminatoire dont je m’estime victime, m’étant en cause [nom du professionnel de santé]
* et de me représenter dans le cadre de la procédure applicable aux refus de soins discriminatoires, notamment lors de la séance de la commission de conciliation.

Fait à [Ville] Le [Date]

Bon pour pouvoir

[Signature]