**Organe de médiation pour le secteur hospitalier du canton de Berne**

**Renonciation à la prescription**

*Adresse de l’hôpital,* représenté par des Organes autorisés à signer, avec siège à *XX*

se désiste de l’exception de la prescription, dans la mesure où celle-ci n’a pas encore été suivie, à l’égard de la prétention de

nomprénomdate de naissance *du patient* */de la patiente*

relative au traitement à partir du *la période du traitement*

La renonciation s’effectue sans préjudice et sans la reconnaissance d’obligation légale et de responsabilité, ainsi que dans le respect des droits et des exceptions, notamment en matière de responsabilité et de quantité.

**\*Pour des raisons juridiques, veuillez remplir à la main à partir d'ici.**

............................................ .................................................................

Lieu, Date Signature manuscrite

.................................................................

Organe autorisé à signer

.................................................................

Adresse

.................................................................

Code postal, Lieu