

## FORMULAIRE D'EXCLUSION

Je désire être exclu du recours collectif et de la Transaction concernant le recours collectif à l'encontre du Centre hospitalier régional du Suroît – CSSS du Suroît dans le dossier de Cour supérieure no : 760-06-000001-087 du district judiciaire de Beauharnois :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

À titre personnel

À titre d'héritier ou ayant droit

À titre de représentant légal

Motif d'exclusion : \_\_\_\_\_

Et j'ai signé à \_\_\_\_\_

Ce \_\_\_\_\_ 2015

\_\_\_\_\_  
Signature du membre visé par le recours  
ou de la personne faisant la demande en son nom

Afin d'être valide, le présent formulaire doit être déposé au greffe de la Cour supérieure du palais de Justice de Salaberry-de-Valleyfield, avant le 3 décembre 2015 à 16 heures ou avoir un cachet de la poste faisant foi de la date d'expédition à l'intérieur du délai précité, à l'adresse suivante : Responsable des exclusions, Ménard, Martin avocats, 4950, rue Hochelaga, Montréal, Québec, H1V 1E8.