



DISTRICT COURT OF MARYLAND FOR _____
TRIBUNAL DE PREMIÈRE INSTANCE DU MARYLAND POUR _____

City/County
Ville/Comté

Located at _____ Case No. _____
Situé au _____ N° de l'affaire _____
Court Address
Adresse du tribunal

STATE OF MARYLAND
ÉTAT DU MARYLAND

VS. Defendant
C. Défendeur

OR Address
OU Adresse

Plaintiff
Demandeur

City, State, Zip
Ville, État, Code postal Telephone
Téléphone

CC# _____
CC# _____

NOTICE TO _____
AVIS À _____

Patient Name
Nom du patient

IN COMPLIANCE WITH § 4-306 OF THE HEALTH-GENERAL ARTICLE
CONFORMÉMENT À § 4-306 DE L'ARTICLE SUR LA SANTÉ GÉNÉRALE
ANNOTATED CODE OF MARYLAND
CODE ANNOTÉ DU MARYLAND

TAKE NOTE that the medical records regarding, _____, have been subpoenaed
from _____ located at _____ pursuant to
Healthcare Provider Healthcare Provider's Address
the attached subpoena and § 4-306 of the Health - General Article, Annotated Code of Maryland. This subpoena
 does or does not (mark one) seek production of mental health records.

PRENDRE NOTE que les dossiers médicaux concernant _____ ont fait l'objet
d'une injonction de production par le _____ situé à _____ conformément à
Fournisseur de soins Adresse du fournisseur de soins
l'ordonnance de production de pièces jointe et à § 4-306 de l'Article sur la Santé générale, Code annoté du Maryland. Cette
ordonnance concerne ne concerne pas (cocher une case) la production de dossiers concernant la santé mentale.

Please examine these papers carefully. IF YOU HAVE ANY OBJECTION TO THE PRODUCTION OF THESE DOCUMENTS, YOU MUST FILE A MOTION FOR A PROTECTIVE ORDER OR A MOTION TO QUASH THE SUBPOENA ISSUED FOR THESE DOCUMENTS UNDER MARYLAND RULES 2-403, 2-510, OR 4-266 NO LATER THAN THIRTY (30) DAYS FROM THE DATE THIS NOTICE IS MAILED. For example, a protective order may be granted if the records are not relevant to the issues in this case, the request unduly invades your privacy, or causes you specific harm.

Veuillez examiner ces documents avec soin. SI VOUS AVEZ UNE OBJECTION CONCERNANT LA PRODUCTION DE CES DOCUMENTS, VOUS DEVEZ DÉPOSER UNE REQUÊTE POUR UNE ORDONNANCE DE PROTECTION OU UNE REQUÊTE EN ANNULATION DE L'ORDONNANCE DÉLIVRÉE POUR CES DOCUMENTS EN VERTU DES RÈGLES DU MARYLAND 2-403, 2-510 OU 4-266 AU PLUS TARD TRENTÉ (30) JOURS À COMPTER DE LA DATE D'ENVOI DE CET AVIS. Par exemple, une ordonnance de protection peut être accordée si les dossiers ne sont pas pertinents dans le cadre de cette affaire ou si la requête constitue une atteinte indue à la vie privée ou vous nuit de manière spécifique.

Attached to this form is a copy of the subpoena duces tecum (DC 4) issued for these records.
Jointe à ce formulaire est une copie de l'assignation à produire (DC 4) délivrée pour ces dossiers.

If you believe you need further legal advice about this matter, you should consult your attorney.
Si vous pensez avoir besoin de conseils juridiques supplémentaires à ce sujet, veuillez consulter votre avocat.

_____ Attorney Avocat	_____ Law Firm Cabinet d'avocats
_____ Attorney's Address Adresse de l'Avocat	_____ Attorney's Phone Number Numéro de téléphone de l'Avocat
_____ City, State, Zip Ville, État, Code postal	_____ Name of Party Represented Nom de la Partie représentée

CERTIFICATE OF SERVICE
CERTIFICAT DE SIGNIFICATION

I HEREBY CERTIFY that a copy of the foregoing Notice, the subpoena duces tecum, and a copy of section HG § 4-306 was sent by certified mail mailed, first-class postage prepaid, this _____ day of _____, _____

JE CERTIFIE PAR LA PRÉSENTE qu'un exemplaire de l'Avis qui précède, l'assignation à produire et un exemplaire de la section HG § 4-306 ont été envoyés par courrier recommandé envoyés par courrier de première classe et affranchi, en ce _____ jour de _____, _____

Day Month Year
Jour Mois Année

to:
à :

_____ Patient Name Nom du Patient	_____ Attorney Name Nom de l'Avocat
_____ Address Adresse	_____ Address Adresse
_____ City, State, Zip Ville, État, Code postal	_____ City, State, Zip Ville, État, Code postal
_____ Attorney Name Nom de l'Avocat	_____ Other Autre
_____ Address Adresse	_____ Address Adresse
_____ City, State, Zip Ville, État, Code postal	_____ City, State, Zip Ville, État, Code postal
_____ Date Date	_____ Signature of Party Serving/Attorney/Attorney Number Signature de la Partie signifiante/Avocat/Numéro de l'Avocat

30-DAY CERTIFICATION
CERTIFICATION DE 30 JOURS

I certify that thirty (30) days have elapsed since the above notice was sent. There has been no objection to the disclosure of the requested documents; or, any objection has been resolved to permit disclosure of the requested documents.

Je certifie que trente (30) jours se sont écoulés depuis l'envoi de l'avis ci-dessus. Il n'y a eu aucune objection à la divulgation des documents requis ; ou, toute objection a été résolue pour permettre la divulgation des documents requis.

_____ Requesting Party Name Nom de la partie requérante	_____ Requesting Party Signature Signature de la partie requérante
	_____ Date Date

Do not complete 30-day certification until thirty (30) days after this Notice was mailed.

Ne pas remplir la certification de 30 jours tant que trente (30) jours ne se sont pas écoulés depuis l'envoi de l'Avis.