







Volontaire pour des protocoles de collecte d'échantillons ?

En signant de formulaire vous acceptez que des données personneles (vois boardonnées, certoines Les données permettant de vous identifier directement arra que vois coucum ment en données médicates) point recueilles par la libitanque PMI et conscirées arrais no base de données indirecte de la fait et seul la membre du personnel du PMI indirecte données productions de la conscience de la conscien

Ces documents seront conservés dans des locaux à accès contrôlés et dans des armoires sécurisées. Les données médicales comprennent des informations concernant votre état de vaccination,

Vous pouvez refirer untre accord à tout moment, nous efforcarons alors toutes uns données de notre

| Je, soussigné(e), | |
|---|--|
| NOM : | |
| PRENOM : | |
| Date de naissance : | |
| ADRESSE: | |
| | |
| Téléphone : Fixe : GSM : | |
| E-mail : | |
| N° de compte en banque (IBAN) : BE | |
| Je confirme avoir lu ce formulaire et donne mon accord pour que mes données personnelles soient enregistrées dans les conditions décrites ci-avant : | |
| | |

Date et signature :