

ADHESION GRATUITE DU PATIENT AU RESEAU
A remplir par le CRCM

Identification du patient

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Nom et prénom du/des représentant(s) légal(aux) le cas échéant :

Adresse :

Téléphone(s) :

E-mail :

Attestation d'information du patient

Je soussigné(e) _____, du CRCM de _____
déclare avoir informé le patient ci-dessus nommé (son/ses représentant(s) légal(aux) le
cas échéant) de son adhésion gratuite au Réseau Mucoviscidose Nord - Pas de Calais et
de ce que cela implique. Le document d'information lui a été remis et il n'a pas exprimé
d'opposition à ce jour.

En cas d'opposition du patient exprimée ultérieurement, j'en informerai aussitôt le
réseau.

Date :

Signature :

Accusé de réception du réseau

Adhésion N°

enregistrée le

Adhésion non enregistrée - motif :

Signature du représentant du réseau :