



***DROIT DE RETIRER SON CONSENTEMENT À LA COMMUNICATION
OU À L'UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS***

Par ce présent formulaire, moi _____, souhaite retirer mon consentement auprès de la Clinique Physio Gym pour la collecte, la conservation, la consultation et la communication de mes renseignements personnels.

Date:

Signature du patient: