



Belgian Polyposis Project  
Hereditary Colorectal Cancer Project

Nom:.....

Prénom:.....

Numéro de téléphone:.....

E-mail:.....

Donne l'autorisation à Dr. .... de transmettre ses données de contact à FAPA afin de pouvoir éventuellement intégrer le registre FAP/Lynch (biffer la mention inutile).

Un collaborateur de l'organisation peut me contacter pour expliquer les objectifs et la mission de ce registre.

Date:

Signature patient

Signature médecin

Le traitement de vos données se fait toujours conformément  
à la loi Belge et Européenne sur la protection des données et en accord  
avec notre 'Privacy Policy' que vous pouvez consulter sur notre site : <https://belgianfapa.be/fr/privacy/>