



Belgian Polyposis Project  
Hereditary Colorectal Cancer Project

Naam:.....

Voornaam:.....

Telefoonnummer:.....

E-mail:.....

Geeft toestemming aan Dr. .... om de contactgegevens door te geven aan FAPA om eventueel te kunnen toetreden tot het FAP/Lynch-register (schrappen wat niet juist is). Een medewerker van de organisatie mag me contacteren om het doel en de missie van dit register uit te leggen.

Datum:

Handtekening Patiënt

Handtekening behandelende arts

De verwerking van uw gegevens gebeurt steeds conform aan Belgisch en Europees databeschermingsrecht en in overeenstemming met onze Privacy Policy, die op elk ogenblik beschikbaar is op onze website <https://belgianfapa.be/nl/privacy/>