

FORMULAIRE D'OPPOSITION A UNE ETUDE CLINIQUE

Nom de l'étude :

<input type="checkbox"/> Je m'oppose pour moi-même	
Nom de naissance :	Nom usuel :
Prénom :	
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
Mail :	
Commentaire :	

OU

<input type="checkbox"/> Je m'oppose au nom d'un tiers (enfant mineur, ayant droit)	
<u>Demandeur :</u>	
Nom de naissance :	Nom usuel :
Prénom :	
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
Adresse :	
Numéro de téléphone :	
Mail :	
Commentaire :	
<u>Personne concernée par l'étude si différente du demandeur :</u>	
Nom de naissance :	Nom usuel :
Prénom :	
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin

Date et signature du demandeur :

À retourner complété par courrier ou mail :

Institut Méditerranéen du Dos, 232 avenue du Prado – 13008 Marseille
secretariat@imed.fr