BEVOLKINGS ONDERZOEK DIKKEDARM KANKER

Vlaanderen is zorg

FORMULAIRE DE PARTICIPATION

Veuillez remplir complètement ce formulaire. Renvoyez-le avec l'échantillon de vos selles. Sinon, les selles ne pourront pas être examinées.

POINTS D'ATTENTION :

* **Ce formulaire est personnel et est destiné à vous uniquement.**
* **Les coordonnées d'un médecin sont nécessaires afin de vous communiquer le résultat.**
* **Ne modifiez rien aux données pré-imprimées.**
* **Ne collez rien sur ce formulaire.**
* **Utilisez un stylo bleu ou noir.**
* **Utilisez des caractères d'imprimerie.**
* **Participez uniquement en utilisant le test que vous venez de recevoir et ce formulaire de participation.**

Renvoyez ce formulaire avec l'échantillon dans l'enveloppe à bulles.

Date à laquelle vous avez prélevé l'échantillon : ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ *

(* champ obligatoire)

Nous disposons des informations suivantes vous concernant :

VOTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

VOTRE ADRESSE ÉLECTRONIQUE :

VOTRE MÉDECIN TRAITANT :

* **Sont-elles correctes ? Dans ce cas, n'écrivez rien dans les cases ci-dessous. Complétez uniquement la date ci-dessus. Votre adresse électronique est préimprimée en majuscules, mais il n'est pas nécessaire de la changer en minuscules.**
* **Sont-elles manquantes ou incorrectes ?**

Dans ce cas, écrivez SEULEMENT les informations que vous souhaitez compléter ou modifier en MAJUSCULES dans les cases ci-dessous.

Votre numéro de téléphone : (de préférence un numéro de GSM) :

Votre adresse électronique :

@

Prénom de votre médecin :

Nom de votre médecin :

Rue de votre médecin :

Numéro de police de votre médecin :

Code postal de police de votre médecin :

MERCI DE VOTRE PARTICIPATION !

35139