

## FORMULAIRE DE PARTICIPATION

Veillez 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 j'ai prélevé l'échantillon :   /   /

Numéro de téléphone (de préférence un numéro de GSM) :      /

Courriel: @

En renvoyant l'échantillon avec ce formulaire de participation, vous consentez à ce que le résultat soit communiqué à vous et à votre médecin (généraliste), à ce que ces données soient conservées et à ce qu'elles puissent être utilisées (exclusivement) dans le cadre de cet examen et de l'évaluation du processus.

### SELON NOS DONNÉES, VOTRE GÉNÉRALISTE EST :

Manque-t-il des données ou sont-elles inexactes ? Dans ce cas, remplissez les coordonnées correctes (en CARACTÈRES D'IMPRIMERIE).

Prénom médecin (généraliste) :

Nom médecin (généraliste) :

Rue médecin (généraliste) :

Numéro d'habitation médecin (généraliste) :

Code postal médecin (généraliste)

**MERCI BIEN  
POUR VOTRE  
PARTICIPATION !**

38719

