



4949 Charlevoix suites 201 et 301
Montréal-Nord, Québec
H1G 6L6
514-322-4790 et 514-328-2565
www.cotegilbert.com

Formulaire de consentement pour la collecte et l'utilisation de renseignements personnels (14 ans et plus)

Je soussignée(e), _____, donne par la présente mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels par Soins dentaires Côté Gilbert dans le but de me fournir des services dentaires.

Je reconnais avoir reçu des informations sur la manière dont mes renseignements personnels seront collectés, utilisés, partagés, stockés et protégés.

Je reconnais avoir reçu des informations sur mes droits relatifs à mes renseignements personnels.

Les informations précédentes se retrouvent dans la politique de confidentialité de Soins dentaires Côté Gilbert.

Je comprends que le consentement est valide tant que je suis patient de Soins dentaires Côté Gilbert et que je peux retirer mon consentement à la collecte et à l'utilisation de mes renseignements personnels à tout moment selon la procédure décrite dans la politique de confidentialité de Soins dentaires Côté Gilbert. Cependant, cela pourrait empêcher Soins dentaires Côté Gilbert de me fournir des services dentaires.

J'ai lu et compris les informations ci-dessus et consens volontairement à la collecte et à l'utilisation de mes renseignements personnels telle que décrite.

Signature : _____

Nom imprimé : _____

Date: _____
Jour/mois/année