



CONSENTEMENT DU PATIENT

Numéro dossier
Nom
Prénom
☐ J'atteste être informé(e) de l'échange et du partage d'informations relatifs à mes données entre les différents professionnels
☐ J'atteste (ou la personne de confiance) être informé(e) de mon droit d'opposition à tout moment
☐ RGPD : Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations renseignées. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, la CPTS des Portes du Lauragais s'engage à protéger vos données personnelles. Les informations renseignées n'auront pour but que de servir à l'organisation du parcours de la CPTS.
Le ____/____/____
Signature