

RENONCIATION DE PRISE EN CHARGE DANS LE PROTOCOLE

Nom	
Prénom	
Nuéro de téléphone	

<input type="checkbox"/> Je déclare renoncer à ma prise en charge dans le protocole proposé par la CPTS Portes du Lauragais et dégage ainsi ce dernier de toutes responsabilités et de toutes conséquences, y compris vitales, qui peuvent résulter de ma décision.

Date	
Signature	