Formulaire d'opposition

Vous souhaitez vous opposer à la réutilisation de vos données/échantillons biologiques, à des fins de recherche. Nous vous remercions de renseigner ce formulaire.

Je soussigné(e),

Nom usuel : .....
Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : Mois ..... Année .....
Lieu de naissance : .....

Merci de transmettre avec ce formulaire, une copie d'une pièce d'identité afin de confirmer votre identité.

Echantillons biologiques *(cochez la mention utile)*
☐ M'oppose à l'utilisation de mes échantillons biologiques pour toute la recherche
☐ M'oppose à l'utilisation de mes échantillons biologiques pour la recherche intitulée :
.....

Données de santé *(cochez la mention utile)*
☐ M'oppose à l'utilisation de mes données de santé pour toute la recherche
☐ M'oppose à l'utilisation de mes données de santé pour la recherche intitulée :
.....

A .....
Date : ...../...../.....
Signature :

Vous êtes un patient… nous vous remercions de nous transmettre le formulaire complété ainsi qu'une copie d'une pièce d'identité à l'adresse suivante :
drci.opposition@chu-dijon.fr

Vous êtes un agent… nous vous remercions de nous transmettre le formulaire complété via votre adresse professionnelle à l'adresse suivante :
drci.opposition@chu-dijon.fr