



J'ai pris connaissance du document m'informant de l'utilisation possible à des fins de recherche de mes données cliniques et/ou biologiques.

Je reconnais avoir été informé(e) des droits associés à l'utilisation de ces données et je considère que je dispose des informations qui me permettent de décider.

Je sais que ma décision est sans conséquence sur ma prise en charge et que celle-ci n'est pas irrévocable et ainsi, je peux à tout moment revenir sur ma décision et en informer l'équipe médicale.

Opposition générale

Opposition à une étude :

Je m'oppose pour moi même

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Adresse :

Mail :

Téléphone :

Commentaire :

OU

Je m'oppose au nom d'un tiers (enfant mineur, ayant droit)

Demandeur

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Adresse :

Mail :

Téléphone :

Personne concernée par l'étude

Lien avec le demandeur :

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Féminin Masculin

Commentaire :

Date et signature du demandeur :

À :

Le :

Signature :

À retourner complété par courrier ou mail :

Direction de Recherche Clinique - Hôpital Européen Marseille
6 rue Désirée Clary - 13003 Marseille – dpo@hopital-europeen.fr

Seule la version électronique de ce document est valide.

Ce document ne peut être reproduit ou diffusé sans autorisation de l'Hôpital Européen-Marseille.