

---

Je, soussigné (e) Prénom:

NOM :

Date de naissance (mois/année) :

**M'OPPOSE À L'UTILISATION DE MES DONNEES CLINIQUES ET /OU DE MON MATERIEL BIOLOGIQUE ISSUES DE L'ESSAI CANOPE POUR LA REALISATION DE RECHERCHES SCIENTIFIQUES.**

Merci de retourner uniquement ce formulaire d'opposition dûment complété à l'adresse suivante :

Le Dr/Pr (Prénom/nom) :

Adresse :

Date
Signature Patient(e):