



CONSENTEMENT

Je soussigné/e

demeurant à : N°..... rue.....

CP..... localité

matricule nationale _ _ _ _ _

autorise l'asbl Patiente Vertriebung

- ❖ de me représenter auprès d'une autorité ;
- ❖ de transmettre toutes informations fournies et mes doléances à Madame la Ministre de la Santé, à Monsieur le Ministre de la sécurité sociale, ou toutes autres autorités compétentes en la matière ;
- ❖ d'entreprendre les démarches / actions nécessaires ou d'intervenir le cas échéant auprès d'une autorité compétente en la matière pour dénoncer les faits ;

Date : le

Signature :