



Objet : Consentement au partage d'informations

Madame, Monsieur,

La Maison des Réseaux de Santé de Savoie va contribuer à l'organisation de votre parcours de santé en lien avec les autres professionnels qui vous accompagnent.

Dans ce cadre, nous sommes amenés à partager des informations utiles et pertinentes vous concernant avec les différents professionnels qui participent à votre parcours de santé. Cette communication se fera de manière orale et/ou écrite.

Par ce document, la Maison des Réseaux de Santé de Savoie souhaite recueillir votre consentement à ce partage d'informations. Dans le cas d'un refus de votre part, compte tenu de notre mission de coordination, nous ne serons pas en mesure d'intervenir en votre faveur.

Votre consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré. Vous pouvez vous rétracter à tout moment en nous adressant un courrier daté et signé à l'attention de :

Monsieur le Directeur - Maison des Réseaux de Santé de Savoie
ESPACE RYVHYERE – 94 bis RUE DE LA REVERIAZ – 73000 CHAMBERY

Par la suite une confirmation vous sera alors adressée.

Aussi, nous vous remercions de bien vouloir nous retourner le coupon ci-dessous dans un délai de 15 jours ou de le remettre au professionnel qui vous accompagne.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

Grégory GOSSELIN,
Directeur



CONSENTEMENT

Je soussigné(e), _____, né(e) le _____
reconnais avoir été informé(e) du partage d'informations entre la Maison des Réseaux de Santé de Savoie et les professionnels.

- J'accepte le partage des informations me concernant.
- Je refuse le partage des informations me concernant.

Date et signature : _____