



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Collège des médecins du Québec
1250, boul. René-Lévesque O., Bureau 3500
Montréal (Québec) H3B 0G2
Tél. : (514) 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN
Télec. : (514) 933-3276
accesdocument@cmq.org
www.cmq.org

Formulaire de consentement Communication de renseignements personnels à un tiers

Par la présente, j'autorise le Collège des médecins du Québec à communiquer les documents et renseignements suivants :

_____ (préciser)

Ces renseignements doivent être transmis à :

_____ Nom de la personne ou de l'organisme

_____ Rue

_____ Ville

_____ Province

_____ Code postal

_____ Adresse courriel

_____ Envoi par la poste

_____ Envoi par courriel

Coordonnées de la personne qui autorise la transmission :

_____ Nom

_____ Référence*

*(n° d'immatriculation, de résident ou de permis)

_____ Numéro de téléphone

_____ Rue

_____ Ville

_____ Province

_____ Code postal

_____ Adresse courriel

Signature (à la main, obligatoire)

Date

N.B. : Une copie des documents transmis vous sera envoyée.