

FORMULAIRE D'INSCRIPTION À LA LISTE D'ENVOI DU
COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES DE LAVAL (CRSP)

Veuillez remplir tous les champs en caractères d'imprimerie SVP

IDENTIFICATION

Nom

Prénom

Numéro de pratique

Courriel de correspondance

Lieux d'exercice principal Pharmacien(ne) en pharmacie communautaire (salarié)
Pharmacien(ne) communautaire en GMF
Pharmacien(ne) propriétaire
Pharmacien(ne) en établissement de santé
Pharmacien(ne) Chef de département clinique de pharmacie
Autre : svp précisez ci-dessous

CONSENTEMENT

Je consens à recevoir de l'information ou des messages à l'intention des pharmaciens exerçant sur le territoire lavallois, incluant le Info-CRSP Laval, en provenance uniquement du comité régional sur les services pharmaceutiques de Laval (CRSP de Laval);

Il est entendu qu'aucune autre information ne me sera transmise directement d'un établissement de santé et de services sociaux, du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), de la Direction de santé publique de Laval ou de toute autre instance;

Malgré les mesures de sécurité déployées par le Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval (CISSS de Laval), je comprends qu'il est impossible de garantir hors de tout doute la confidentialité de mes informations;

En tout temps je pourrai retirer mon consentement en écrivant à : crsplaval.ciessler@ssss.gouv.qc.ca.

Oui, je consens. Signature :

Commentaires

Transmettre ce formulaire par courriel à l'adresse suivante : crsplaval.ciessler@ssss.gouv.qc.ca