



**Dentistes**  
de la Cité

**Formulaire de consentement pour la collecte et l'utilisation de renseignements personnels**

Je soussignée(e), \_\_\_\_\_ donne par la présente mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels par Dentistes de la Cité dans le but de me fournir des services dentaires.

Je reconnais avoir reçu des informations sur la manière dont mes renseignements personnels seront collectés, utilisés, partagés, stockés et protégés.

Je reconnais avoir reçu des informations sur mes droits relatifs à mes renseignements personnels.

Les informations précédentes se retrouvent dans la politique de confidentialité de Dentistes de la Cité

Je comprends que le consentement est valide tant que je suis patient de Dentistes de la Cité et que je peux retirer mon consentement à la collecte et à l'utilisation de mes renseignements personnels à tout moment selon la procédure décrite dans la politique de confidentialité de Dentistes de la Cité.

Cependant, cela pourrait empêcher Dentistes de la Cité de me fournir des services dentaires.

J'ai lu et compris les informations ci-dessus et consens volontairement à la collecte et à l'utilisation de mes renseignements personnels telle que décrite.

Signature \_\_\_\_\_

Nom imprimé : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_