



**Consentement à bénéficier de la prise en charge  
par le réseau REPRAN  
(REseau de Pathologies Respiratoires Agricoles National)**

Je soussigné(e) ..... (*nom et prénom du sujet*).

Date de naissance : ..... / ..... / .....

CP : .. .. Commune : .....

Tél : .. ..

Mail : .....

Par la présente accepte de bénéficier de la prise en charge du réseau REPRAN.

Les objectifs et modalités du réseau m'ont été clairement expliqués par le coordonnateur du réseau REPRAN.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise, sachant que pour tout autre renseignement, je peux contacter le coordonnateur REPRAN (ASEPT FC/B – MSA FC - 13 av. Cusenier – 25090 BESANCON Cedex 9), par téléphone au 07.86.71.70.18 (ligne REPRAN)

J'ai donné librement mon consentement pour bénéficier des services du réseau et me réserve le droit à tout moment d'interrompre ma participation sans en fournir la raison, et sans que cela ne me porte préjudice, ni que cela puisse avoir des conséquences sur la qualité des soins qui continueront à m'être prodigués.

J'accepte que les données me concernant (données d'identifications et de santé) fassent l'objet d'un traitement informatisé pouvant être accessibles par les autorités de santé du réseau REPRAN et les coordonnateurs du réseau REPRAN. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent. Je peux exercer mes droits et obtenir communication des informations me concernant, en contactant les coordonnateurs du réseau REPRAN.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs du réseau de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. J'ai reçu une copie du présent document et j'ai été informé qu'une copie serait également conservée par le coordonnateur du réseau dans les conditions garantissant la confidentialité et j'y consens.

Date :  
Signature du patient

Date :  
Le réseau REPRAN



**Consentement à bénéficier de la prise en charge  
par le réseau REPRAN  
(REseau de Pathologies Respiratoires Agricoles National)**

Je soussigné(e) ..... (*nom et prénom du sujet*).

Date de naissance : ..... / ..... / .....

CP : .. .. Commune : .....

Tél : .. ..

Mail : .....

Par la présente accepte de bénéficier de la prise en charge du réseau REPRAN.

Les objectifs et modalités du réseau m'ont été clairement expliqués par le coordonnateur du réseau REPRAN.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise, sachant que pour tout autre renseignement, je peux contacter le coordonnateur REPRAN (ASEPT FC/B – MSA FC - 13 av. Cusenier – 25090 BESANCON Cedex 9), par téléphone au 07.86.71.70.18 (ligne REPRAN)

J'ai donné librement mon consentement pour bénéficier des services du réseau et me réserve le droit à tout moment d'interrompre ma participation sans en fournir la raison, et sans que cela ne me porte préjudice, ni que cela puisse avoir des conséquences sur la qualité des soins qui continueront à m'être prodigués.

J'accepte que les données me concernant (données d'identifications et de santé) fassent l'objet d'un traitement informatisé pouvant être accessibles par les autorités de santé du réseau REPRAN et les coordonnateurs du réseau REPRAN. A l'exception de ces personnes, qui traiteront les informations dans le plus strict respect du secret médical, mon anonymat sera préservé.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui me concernent. Je peux exercer mes droits et obtenir communication des informations me concernant, en contactant les coordonnateurs du réseau REPRAN.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs du réseau de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. J'ai reçu une copie du présent document et j'ai été informé qu'une copie serait également conservée par le coordonnateur du réseau dans les conditions garantissant la confidentialité et j'y consens.

Date :  
Signature du patient

Date :  
Le réseau REPRAN