



DOCUMENT D'IDENTIFICATION



Merci de compléter ce document lisiblement en lettres MAJUSCULES.
En cas de données manquantes et/ou incorrectes,
nous ne pourrons pas procéder à l'analyse de votre test.

Réservé

IDENTIFICATION DU PATIENT

Collez ici une vignette mutuelle

N° du Registre national (obligatoire)

N° repris au verso de votre carte d'identité

Date de réalisation du test : ____/____/____

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : ____ Localité :

Tél/GSM :

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : Homme Femme

Conformément au règlement européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD), vos données seront traitées selon notre politique de confidentialité des données (disponible sur notre site www.ccref.org).

IDENTIFICATION DU MÉDECIN POUR L'ENVOI DU RÉSULTAT

RENSEIGNEZ UN SEUL MÉDECIN DONT LE LIEU DE CONSULTATION EST EN BELGIQUE

Environ 8 jours après nous avoir envoyé votre test pour analyse, le **résultat** sera :

- envoyé à votre médecin repris ci-dessous
- consultable par vous même sur masante.belgique.be

Docteur (nom et prénom) :

Adresse du cabinet :

Code postal : ____ Localité :

CCR asbl - Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers
Rue André Dumont, 5 (Axis Parc) - 1435 Mont-Saint-Guibert

Tél : +32 (0)10 23 82 72 - Fax : +32 (0)10 45 67 95 - colorectal@ccref.org - www.ccref.org - N° BCE : BE 0478.939.973 – RPM Nivelles

