

**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.