



FORMULAIRE CAMISOLE POST-CHIRURGICALE

Date _____ No. Membre _____

190, rue Fusey, bureau 101

Trois Rivières, Québec G8T 2V8

819-909-7443/maisonmaintenirlespoir@gmail.com

Maison Main...Tenir L'Espoir Mauricie/Centre du Québec

La Maison Main...Tenir L'Espoir, organisme à but non lucratif, offre une camisole post-chirurgicale nécessitant un drain aux femmes ayant subi une mastectomie totale ou partielle sur le territoire de la Mauricie ou du Centre du Québec.

À remplir par le demandeur :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ # Assurance-maladie : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____

Date du diagnostic : ____/____/____ Date chirurgie : ____/____/____

Type de traitements reçus :

☐ Mastectomie totale

☐ Mastectomie partielle

☐ Autre : _____

En vertu de la Loi 25, je consens à ce que la Maison Main...Tenir L'Espoir MCQ conserve mes informations personnelles dans sa base de données sécurisée ici au Québec. Suivant sa politique de confidentialité, la Maison pourra utiliser ces renseignements (prénom, nom, adresse, courriel et numéro de téléphone) afin de m'envoyer de l'information et de la sollicitation relative au lymphoedème.. J'accepte de recevoir et d'envoyer des communications électroniques, en étant conscient(e) que les échanges par ce moyen (par exemple, l'envoi de ma demande ou de mes documents) ne sont pas entièrement sécurisés. Je renonce à toute réclamation contre la Maison Main...Tenir L'Espoir pour atteinte à la vie privée. Si vous avez besoin d'aide pour compléter votre demande, ou pour toutes questions relatives au programme d'aide financière, n'hésitez pas à contacter : France, dg, Programme d'aide financière maisonmaintenirlespoir@gmail.com
Téléphone : 1 89.909.7443

Je déclare que tous les renseignements sont véridiques et exacts.

Signature membre ou son représentant _____ Date _____

Prise de carte membre _____