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

Je soussigné(e), , donne par la présente mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels par le Centre Dentaire Familial du Richelieu 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 du Centre Dentaire Familial du Richelieu.

Je comprends que le consentement est valide tant que je suis patient du Centre Dentaire Familial du Richelieu 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. Cependant, cela pourrait empêcher le Centre Dentaire Familial du Richelieu 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 :**

**Date : / /**