FORMULAIRE D'OPPOSITION A UNE ETUDE DE RECHERCHE CLINIQUE

Nom de l'étude :----------

▫ Je m'oppose par moi-même

Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : **sexe : ▫ Féminin ▫ Masculin**

Adresse :
Numéro de téléphone :
Mail :
Commentaires :

Je m'oppose au nom d'un tiers (enfant mineur, ayant droit)

Demandeur :
Nom de naissance : **Nom usuel :**
Prénom :
Adresse :
Numéro de téléphone :
Mail :

Personne concernée par l'étude si différente du demandeur :
Lien avec le demandeur :
Nom de naissance : **Nom usuel :**
Prénom
Date de naissance : **sexe : ▫ Féminin ▫ Masculin**
Commentaires :

Date et signature du demandeur :

A retourner complété par courrier ou par mail :
Association Cerep-Phymentin - 31 rue du Faubourg Poissonnière - 75009 Paris
Responsable de recherche clinique
dpo@cerep-phymentin.org