

Votre accord écrit est indispensable pour utilisation des enregistrements.

Nous vous prions donc de nous ramener ce document complété et signé lors de votre premier rendez-vous et de le remettre à votre thérapeute. Merci.

Nom et prénom : REVELLAT Evelyne

Médecin traitant :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Adresse : 129 Bd Pasteur

Téléphone : privé :

Gsm : 06 60 47 71 64

Email : evelyne@revellet.fr

On peut me contacter : oui - ~~non~~

On peut laisser un message : oui - ~~non~~

Professionnel : idem

On peut me contacter : oui - ~~non~~

On peut laisser un message : oui - ~~non~~

Je (nous) soussigné (s),

Autorise (ons) les membres de l'Institut Gregory Bateson à utiliser les enregistrements vidéo dans le cadre de la recherche et de la formation des spécialistes de la relation d'aide, tous soumis au secret professionnel.

L'Institut Gregory Bateson s'engage à effacer tout indice permettant de reconnaître aisément mon (notre) identité (nom - adresse - profession - autres coordonnées personnelles).

Pour le centre de thérapie brève.
La personne qui consulte.

Lu et approuvé

Signature :

lu et approuvé 

Tous droits réservés. Texte soumis au secret professionnel

IGB Liège : 3 rue du Chéra - B-4000 Liège / ☎ : 0032 (0)4 229 38 11

IGB Paris : 132, rue La Fayette - F-75010 Paris (uniquement à partir de la France) ☎ 01 40 39 98 80

Email : info@igb-mri.com site : www.igb-mri.com