

FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS DU CLIENT

Date:

Date de naissance:

Nom légal:

uOttawa

Université Carleton

Premier cycle

Cycle supérieur

Temps plein

Temps partiel

d'étudiant:

Scan/photo de la carte étudiante attachée (**requis**)

Adresse:

de téléphone:

Cell:

Alternatif:

Adresse courriel:

Brève description du service requis:

AUTORISATION ET RECONNAISSANCE:

Je comprends que la Clinique ne peut pas garantir que l'information échangée par courriel entre moi et la Clinique demeure confidentielle ET je reconnais que la Clinique ne peut être tenue responsable si les renseignements transmis par courriel sont compromis.

Êtes-vous d'accord de nous envoyer et de recevoir des renseignements par courriel?

OUI

NON

Si vous sélectionnez « NON » ci-dessus, veuillez appeler la Clinique au 613-562-5600 afin d'arranger un rendez-vous pour déposer des documents / fournir des renseignements.