

Autorisation

Je soussigné(e) accepte que mes coordonnées (nom, prénom, adresse et numéro(s) de téléphone) soient inscrites sur la Liste des psychologues adhérant au volet psychologie en ville du réseau régional de cancérologie ONCOPACA-Corse diffusées par les acteurs de ce réseau aux patients atteints d'un cancer et à leurs proches.

Nom : Prénom :

Zone d'activité :

- A (Vaucluse / Camargue)
- B (Var EST / Apes Maritimes)
- C (Var Ouest / Bouches-du-Rhône / Hautes Alpes / Alpes de haute Provence / Corse)

Fait à, le.....

Signature