



CP0023

AUTORISATION DE L'USAGER À UNE ACTIVITÉ MÉDIATIQUE

Date de l'activité :

| | | | |
|-------|------|------|-------|
| Année | Mois | Jour | Heure |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

 :

Lieu : _____
(Pavillon, n° du local, etc.)

Sujet : _____

Objectif recherché : _____

Entrevue Reportage Photographie Vidéo Autre : _____

Nom du média d'information / maison de production ou d'édition : _____

USAGER PARTICIPANT À UNE ACTIVITÉ MÉDIATIQUE

Le signataire autorise l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, le média d'information et/ou la maison de production ou d'édition, à diffuser le contenu de cette activité médiatique sur tout support, qu'il soit analogique, numérique ou imprimé, à des fins médicales, scientifiques, informatives, d'enseignement ou de promotion. Le signataire a compris les termes de ce formulaire, a été informé de façon satisfaisante sur la nature et le motif de sa participation à l'activité et accepte de s'y conformer.

« De plein gré, je consens à participer à l'activité ci-haut mentionnée à des fins médiatiques. Par conséquent, je dégage l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec de toute responsabilité dans cette activité et renonce à poursuivre éventuellement ce centre hospitalier dans le cas où je serais insatisfait(e) à la suite du présent consentement. J'é mets cependant les restrictions suivantes » :

Usager _____
Nom Signature et date

Témoin _____
Nom Signature et date

SECTION RÉSERVÉE À LA DIRECTION

Autorisée Refusée

Signature du directeur des services professionnels Date :

| | | |
|-------|------|------|
| Année | Mois | Jour |
| | | |
| | | |
| | | |

Signature du directeur concerné Date :

| | | |
|-------|------|------|
| Année | Mois | Jour |
| | | |
| | | |
| | | |

Signature du représentant de la Direction générale Date :

| | | |
|-------|------|------|
| Année | Mois | Jour |
| | | |
| | | |
| | | |

FOR-PR-DG-015-1-2