

Bezwaarformulier

Door het invullen en ondertekenen van dit formulier maakt u er bezwaar tegen dat het CWZ uw medische gegevens en/of lichaamsmateriaal gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek en / of onderwijs.

Datum: _____

Mevr. / Dhr. _____

Geboortedatum _____

BSN-nummer _____

Handtekening _____

Gelieve dit ondertekende formulier af te geven bij uw arts of de polikliniek waar u onder behandeling bent.