



ASSOCIATION DES NATUROTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC

### CONSEMENT DE DIVULGATION

**CONSULTANT-E :** Sur la base des consultations futures, j'autorise le-la naturothérapeute à divulguer, si ma Compagnie d'assurances le demande, uniquement les raisons de la consultation.  
 OUI  NON

Signé à \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_  
EN LETTRES MOULÉES

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_  
CONSULTANT OU CONSULTANTE

Signature \_\_\_\_\_  
NATUROTHÉRAPEUTES

RÉSERVÉ EXCLUSIVEMENT AUX MEMBRES EN RÉGLE :  
ASSOCIATION DES NATUROTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC  
27, Boulevard Lével, Qc H7B 1A7 — Courriel: info.anpq@videotron.ca — Site Web: anpq.qc.ca