



CONSENTEMENT 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