



Formulaire de demande de **désinscription** d'un patient au Réseau Santé Wallon F011

(Ce document peut être complété électroniquement avant d'être imprimé)

Coller de préférence une vignette de MUTUELLE

Je soussigné,

1/Personne concernée (patient)

Numéro National		Date de naissance	
Nom (majuscule)			
Prénoms*			
Adresse			
E-mail*			

2/Responsable légal (ne pas remplir si le demandeur est le patient)

Numéro National		Date de naissance	
Nom (majuscule)			
Prénoms			
Adresse			
E-mail			

- demande de désinscrire la personne concernée du Réseau Santé Wallon, et accepte dès lors que plus aucune donnée de santé la concernant ne puisse ni être référencée sur le Réseau Santé Wallon, ni transiter via le Réseau Santé Wallon et que la désinscription au Réseau Santé Wallon signifie également la révocation du consentement à l'échange de données au niveau national dans le cadre de la continuité des soins. Vous trouverez plus d'informations à ce sujet sur le site www.patientconsent.be.
- déclare accepter les délais et les risques inhérents à la manipulation et au transfert de données de santé de la personne concernée sous forme matérielle (papiers, radiographies, etc.).

Ce formulaire est destiné au Gestionnaire Administratif de la FRATEM, et par la présente, je lui demande d'assurer la désinscription de la personne concernée au Réseau Santé Wallon.

Fait à _____ le _____

Signature

Veillez joindre une copie recto verso des cartes d'identité du patient et du responsable légal.

En cas de litige, la personne concernée ou son représentant légal peut s'adresser au Service Administratif de la FRATEM, (Tél: 071/924647 – mail: info@rsw.be) - situé Boulevard Zoé Drion n° 1 à 6000 Charleroi,