

## Avertissement et Consentement pour être Contacté par Évolution Médical

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, résidant

au \_\_\_\_\_ reconnais avoir été informé(e) et comprendre les termes ci-dessous concernant mon consentement à être contacté(e) par l'entreprise Évolution Médical.

1. **Objectif du Contact** : J'accepte d'être contacté(e) par Évolution Médical dans le but de recevoir des informations et des mises à jour liées aux produits et services offerts par l'entreprise en lien avec les machines GameReady.
2. **Modes de Communication** : Je consens à ce qu'Évolution Médical puisse me contacter via les méthodes suivantes : téléphone, e-mail, messages textes, courrier postal, et autres canaux de communication similaires.
3. **Fréquence des Contacts** : Je comprends que les contacts de la part d'Évolution Médical peuvent être occasionnels ou réguliers, en fonction des informations à communiquer et des mises à jour pertinentes.
4. **Protection des Données** : Je comprends que mes données personnelles seront traitées conformément à la politique de confidentialité d'Évolution Médical. Mes informations ne seront pas partagées avec des tiers à des fins de marketing sans mon consentement explicite.

En signant ce formulaire, je confirme que j'ai lu et compris les termes de ce consentement et que j'accepte d'être contacté(e) par Évolution Médical conformément aux conditions énoncées ci-dessus.

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Numéro de Téléphone : \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

SVP, envoyez par courriel à [soins@jehangermontreal.com](mailto:soins@jehangermontreal.com) avec une copie de votre ordonnance.