



Nom de Famille : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Adresse: _____

Date de chirurgie : _____
(JJ/MM/AAAA)

Objectif du Contact : J'accepte d'être contacté(e) par J.E. Hanger dans le but de planifier et de recevoir des informations à propos de la location du Polar Wave Care.

Modes de Communication : Je consens à ce que J.E. Hanger puisse me contacter via les méthodes suivantes : téléphone, courriel, courrier postal et autres canaux de communication similaires.

Fréquence de Contacts : Je comprends que les contacts de la part de J.E. Hanger peuvent être occasionnels ou réguliers, en fonction des informations à communiquer et des mises à jour pertinentes.

Protection des Données : Je comprends que mes données personnelles seront traitées conformément à la politique de confidentialité de J.E. Hanger. Mes informations ne seront pas partagées avec des tiers à des fins de marketing sans mon consentement explicite.

En signant ce formulaire, je reconnais avoir été informé(e) et comprends les termes ci-dessus concernant mon consentement à être contacté(e) par J.E. Hanger pour la location du Polar Wave Care.

Signature

Date (JJ/MM/AAAA)

SVP, envoyez par courriel à soins@jehangermontreal.com avec une copie de votre ordonnance.

J.E. Hanger
5545 rue St-Jacques
Montréal, QC H4A 2E3
Téléphone : 514-489-8213

J.E. Hanger
4650 Desserte Sud autoroute 440, suite 210
Laval, QC H7T 2Z8
Téléphone : 450-687-5520