



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Pwogram PASYAN ENFLIYAN CAMEDYC

Informations personnelles

- Nom et prénom: _____
- Âge (optionnel) : _____
- Téléphone : _____
- Email : _____

Réseaux sociaux (si applicable)

- Facebook : _____
- Instagram : _____
- TikTok : _____

Votre expérience

1. Êtes-vous patient(e) CAMEDYC ? Oui
2. Pourquoi souhaitez-vous rejoindre le programme ?
 - Partager mon expérience
 - Aider les autres
 - Bénéficier des avantages
 - Autre : _____

Engagement

- Êtes-vous à l'aise avec photos/vidéos ? Oui Non
- Acceptez-vous le règlement du programme ? Oui Non

Consentement

- J'autorise CAMEDYC à utiliser mon image et mes témoignages dans le cadre du programme Patients Influents.

Signature : _____

Date : _____