INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

D T 0 0 2 3

AUTORISATION DE L' USAGER À UNE ACTIVITÉ MÉDIATIQUE

Date de l'activité : Année Mois Jour Heure : : Lieu : _____
(Pavillon, nº du local, etc.)

Sujet : _____

Objectif recherché : _____

☐ Entrevue ☐ Reportage ☐ Photographie ☐ Vidéo ☐ Autre : _____

Nom du média d'information / maison de production ou d'édition : _____

USAGER PARTICIPANT À UNE ACTIVITÉ MÉDIATIQUE

Le signataire autorise l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, le média d'information et/ou la maison de production ou d'édition, à diffuser le contenu de cette activité médiatique sur tout support, qu'il soit analogique, numérique ou imprimé, à des fins médicales, scientifiques, informatives, d'enseignement ou de promotion. Le signataire a compris les termes de ce formulaire, a été informé de façon satisfaisante sur la nature et le motif de sa participation à l'activité et accepte de s'y conformer.

« De plein gré, je consens à participer à l'activité ci-haut mentionnée à des fins médiatiques. Par conséquent, je dégage l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec de toute responsabilité dans cette activité et renonce à poursuivre éventuellement ce centre hospitalier dans le cas où je serais insatisfait(e) à la suite du présent consentement. J'émets cependant les restrictions suivantes » :

_____

_____

_____

Usager _____ Nom _____ Signature et date

Témoin _____ Nom _____ Signature et date

SECTION RÉSERVÉE À LA DIRECTION

☐ **Autorisée** ☐ **Refusée**

_____ Signature du directeur des services professionnels — Date : Année Mois Jour

_____ Signature du directeur concerné — Date : Année Mois Jour

_____ Signature du représentant de la Direction générale — Date : Année Mois Jour

FOR-PR-DG-015-1-2