



AUTORISATION DE DIFFUSION Observations Maladies systémiques

Merci de bien vouloir compléter et signer ce document, à remettre en annexe lors de l'envoi de votre observation.

Je, soussigné,

NOM : _____ PRENOM : _____

autorise le Pr J. Sibilia et la société Live ! by GL events à utiliser et à diffuser- :

(Merci de cocher la ou les cases correspondantes à vos souhaits)

En intégralité

Sans photos patients

mon observation relative à la « **Soirée Maladies systémiques** » du jeudi 12 mars 2015.

Fait à _____, le ___ / ___ / 2015.

Signature :