

Nom de votre employeur

Renseignements sur le participant

Nom de famille

Prénom

N° de certificat

Adresse courriel

Veuillez remplir le présent formulaire, le signer et nous le retourner pour ajouter l'adresse électronique à votre dossier.

Attestation et consentement

J'autorise Medic Solutions à communiquer avec moi par courriel.

J'ai la responsabilité d'aviser Medic Solutions de tout changement concernant cette autorisation et je peux l'annuler en tout temps en communiquant avec Medic Solutions.

La correspondance par courriel peut comprendre des renseignements confidentiels, notamment, des renseignements sur mes relevés de réclamations.

Date (jj/mm/aa)

Signature du participant

Veuillez envoyer par courriel votre formulaire rempli à: participant@medicsolutions.ca