

FRANCE ABSORB
**Observatoire Français évaluant l'utilisation de la prothèse
endocoronaire ABSORB BVS**

FORMULAIRE DE PARTICIPATION

Date : / / 2015

Etablissement :

Service :

Chef de service et/ou Responsable d'unité :

Adresse :

Code Postal : Ville :

REFERENTS LOCAUX pour France ABSORB *

**Le référent est le médecin responsable mandaté par la SFC pour l'étude au sein du centre concerné. Il est garant du respect des bonnes pratiques cliniques et des exigences de la CNIL en matière de confidentialité des données (article 226-13 et 226-14 du code pénal). Le référent s'engage à informer sa hiérarchie de son implication dans l'étude.*

Cardiologue :

Nom :

Prénom :

Service :

Mail :

Tél :

J'accepte de participer à France ABSORB

oui non

Cardiologue :

Nom :

Prénom :

Service :

Mail :

Tél :

J'accepte de participer à France ABSORB

oui non

ASSISTANT DE RECHERCHE CLINIQUE LOCAL délégué par le référent pour France ABSORB

Nom : Prénom :

Service :

Mail : Tél :

Adressez votre réponse : Par mail : franceabsorb@sfcadio.fr
ou par fax au : 01 43 22 63 61
ou par courrier : Secrétariat registres – Société Française de Cardiologie
5 rue des Colonnes du Trône 75012 PARIS