

Consent:

Your participation in this program is entirely voluntary and you may refuse to participate or withdraw from the study at any time without jeopardy to your access to further health care services. If you wish to not participate in the survey, you can still obtain over-the-counter medications as before, that is, with a prescription from your doctor.

Your signature below indicates that you consent to participate in this program and our use of your personal information as per the terms outlined above.

Before you send the signed original of this consent form to us, please retain a signed copy of this consent form for your own records.

Consentement :

Votre participation à ce programme est entièrement volontaire et vous pouvez refuser de participer ou vous retirer du programme en tout temps sans compromettre votre accès à d'autres soins médicaux. Si vous préférez ne pas participer à l'enquête, vous pouvez toujours obtenir des médicaments en vente libre, comme auparavant, c'est à dire, avec une ordonnance de votre médecin.

Votre signature ci-dessous indique que vous consentez à participer à ce programme et à notre utilisation de votre information personnelle selon les conditions énoncées ci-haut.

Avant d'envoyer l'original signé du présent formulaire de consentement, conservez en une copie signée pour vos propres dossiers.

Name, Rank and service number/Nom, rang et numéro de service

Signature/Signature

Date

Unit and unit code

Date

Return address/Adresse de retour

Daytime telephone number/
Numéro de téléphone durant la journée : (_____) ____ - _____