

# *Sylvie Martin, pht. d. o. et son équipe*

Physiothérapeute  
Diplômée en Ostéopathie

## Consentement

*J'accepte d'être évalué (e) et traité (e) et je suis conscient (e) qu'à tout moment, je peux refuser un traitement, quel qu'il soit, après avoir été informé (e) des risques et bénéfices de celui-ci.*

Signature du (de la) patient (e)

---

## **MODE DE FONCTIONNEMENT DU BUREAU**

Veillez prendre note que vous devez nous aviser ~~48~~ hres à l'avance de votre rendez-vous pour toute annulation.

Autrement des frais de disponibilité (50% du tarif) vous seront facturés pour dédommagement et inconvénients causés à votre physiothérapeute ostéopathe et son équipe.

Par la présente je confirme avoir lu cet énoncé concernant le mode de fonctionnement au bureau de Sylvie Martin, Pht, D.O. et toute son équipe et m'engage à respecter cette règle.

En foi de quoi je soussigné \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_