



Formulier voor schriftelijke toestemming voor het opslaan van uw gegevens t.b.v. het hoofdpijn onderzoek

Naam	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>
Telefoon	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
Ondergetekende geeft toestemming voor het opslaan van gegevens	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ondergetekende geeft toestemming om telefonisch of per brief benaderd te worden voor verder onderzoek	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
<b>Handtekening</b> (nadat u dit formulier uitgeprint hebt)	.....
U kunt dit formulier <a href="#">afdrukken</a> op uw printer en ondertekenen op de aangegeven plaats. Gaarne het binnen 2 weken op te sturen naar onderstaand adres.  <u>Er is geen postzegel nodig!</u>	
<b>Leids Universitair Medisch Centrum t.a.v. Hoofdpijnonderzoek, Afdeling Neurologie, K5Q Antwoordnummer 10392, 2300 WB Leiden</b>	