

**VERKLARING TOESTEMMING**

**voor onderzoek en/of behandeling van volwassenen**

Hierbij geef ik toestemming aan de UPPP toestemming voor onderzoek en behandeling bij:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam  |  |
| Geboorte datum |  |
| Datum: | Handtekening: |