

Description de votre état de santé avant votre utilisation ou exposition au produit Roundup® :

Êtes-vous au fait d'une autre cause ayant pu occasionner la maladie :

Description des inconvénients et dommages subis :

Toute autre information jugée pertinente :

Date: _____ / _____ / _____
aaaa mm jj

IMPORTANT

1. Nous vous suggérons fortement d'obtenir et de garder en votre possession une copie intégrale de votre dossier médical.
2. Veuillez nous aviser de tout changement de courriel ou d'adresse.
3. Veuillez consulter notre site web www.dlblegal.ca à intervalle régulier afin de connaître les dernières mises à jour relatives à l'action collective.
4. Notez qu'un formulaire détaillé pourrait vous être transmis dans le cadre des procédures judiciaires (délai indéterminé).

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

LE PRÉSENT FORMULAIRE VISE A RECUEILLIR DES DONNEES RELATIVEMENT AUX MEMBRES POTENTIELS DU GROUPE.

CE FORMULAIRE N'EST PAS UNE INSCRIPTION A L'ACTION COLLECTIVE ET N'A PAS POUR EFFET DE CONFIRMER VOTRE ADMISSIBILITE AU RECOURS.

NOTEZ QUE LES INFORMATIONS TRANSMISES SERONT PERTINENTES ET UTILES POUR LES FINS DU DEROULEMENT DU DOSSIER.

Veuillez retourner ce formulaire de collecte de renseignements dûment rempli à l'adresse suivante :
actioncollective@dlblegal.ca