**FORMULAIRE DE DEMANDE DE DONNEES AGREGEES DU REGISTRE DES CANCER DE GUADELOUPE (RCG)**

|  |  |
| --- | --- |
| Date |  |
|  | |

**I INFORMATION GENERALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Information sur le demandeur : | | |
| Nom/Prénom : | | Titre |
| Fonction actuelle : | | |
| Institution / Organisation \* : | | |
| Adresse : | | |
| code postale : | Ville : | Pays |
| téléphone : | Fax : | mail |

|  |
| --- |
| Finalité de la demande  *≤ 150 mots* |
|  |

**II DONNÉES REQUISES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| Les données ont nécessité des traitements statistiques supplémentaires | | |
| Oui ☐ Non ☐  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | |
| Format du fichier | | |
| Excel ☐ | Word ☐ | Autre ☐  (specifier) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |