**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) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |