



PATIENT CONSENT FORM

Patient ID		MAP ID	MAP-BD-16473
------------	--	--------	--------------

Patient Information			
Name			
Gender		Age	

Contact Information			
Name		Relationship	
E-mail		Mobile	
Address			

Prescriber Information	
Prescriber Name	
Chamber/Hospital Address	

I want to get the following services sponsored by Roche-

Counselling	Medicine delivery
Follow-up	Information Sharing

আমি রোশ পরিচালিত নিম্নোক্ত সেবাগুলো নিতে চাই -

কাউন্সেলিং	ঔষধ পৌঁছানো
ফলোআপ	তথ্য প্রদান

My understandings (আমার উপলব্ধি)

I understand the following:

- ✓ This consent to enroll in these programs is voluntary
- ✓ Roche Bangladesh can take/capture the Adverse event reporting information from the conversation and documents
- ✓ Can get my medicine even if I do not sign this consent, and
- ✓ I may cancel my enrollment or consent to marketing at any time

আমি নিম্নলিখিত বিষয়গুলো বুঝতে পেরেছি :

- ✓ আমি স্বেচ্ছায় এ কর্মসূচীতে নিবন্ধিত হতে সম্মত আছি
- ✓ রোশ বাংলাদেশ আমার যে কোন নথি কিংবা আলাপচারিতা থেকে পার্শ্বপ্রতিক্রিয়ার রিপোর্ট গ্রহণ করতে পারে
- ✓ আমি এই সম্মতিপত্রে সাইন না করেও আমার ঔষধ পেতে পারি, এবং
- ✓ আমি যেকোন সময় আমার সম্মতিপত্র বাতিল করতে পারি

Signature & Date (স্বাক্ষর ও তারিখ)

By signing this form, I agreed with all term and condition set by Roche and I am authorizing Roche to use and further disclose my personal information as necessary to assist me.

এই ফর্মটি স্বাক্ষরিত করে আমি রোশ নির্ধারিত সকল শর্তের সাথে একমত হচ্ছি এবং আমাকে সহায়তা করার জন্য আমার ব্যক্তিগত তথ্য ব্যবহার ও প্রকাশ করার অনুমতি দিচ্ছি।

In absence of Patient রোগীর অনুপস্থিতিতে	Name নাম		
Signature & Date স্বাক্ষর এবং তারিখ		Relationship সম্পর্ক	
Phone (ফোন)			

(You must sign here to enroll in the programs related to Roche products as described above and Roche has the right to edit, change or terminate the program any time)

(উপরে বর্ণিত রোশ পণ্যগুলির সাথে সম্পর্কিত প্রোগ্রামগুলিতে তালিকাভুক্ত করার জন্য আপনাকে এখানে সাইন করতে হবে এবং রোশ যে কোনও সময় প্রোগ্রাম সম্পাদনা, পরিবর্তন বা বাতিল করার অধিকার রাখে)