





**FORMULE DE RETRAIT**

Je **ne veux pas** que mon nom soit inclus dans le recours collectif relatif aux défibrillateurs Guidant. Je veux **me retirer (être exclu(e) de)** ce recours collectif. Voici mes coordonnées :

Nom en caractères  
d'imprimerie

---

Date de naissance

---

Adresse :

---

Ville

---

Province :

---

Code postal :

---

Téléphone :

---

Adresse de courriel :

---

Date :

---

Signature :

---