

Nom *

Prénom *

Date de naissance *

Adresse email *

Nom du médecin * ▼

Rendez-vous de*

: h : min

Consentement En cochant cette case et en soumettant ce formulaire, j'accepte que mes données personnelles soient utilisées dans le cadre de ma future prise en charge médicale dans le strict respect des dispositions prévues par la loi et notamment celles relatives au secret professionnel définies à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique.

Pour connaître et exercer vos droits (notamment de retrait de votre consentement à l'utilisation de données collectées par ce formulaire), veuillez consulter notre page sur la [Protection des données](#)

* Champs obligatoires

×