

## **prise des rendez-vous avec le Dr AMIEL ou le Dr KAOUKA**

votre nom	
votre prénom	
votre date de naissance	
votre n° téléphone mobile (sinon fixe)	
le motif de la demande	
nom de votre médecin traitant	
Nom du spécialiste désiré	<input type="checkbox"/> Dr AMIEL <input type="checkbox"/> Dr KAOUKA
éventuellement type d'exploration demandé (écho du coeur, doppler des artères par exemple...).	

***A déposer dans la dans la boîte aux lettres du cabinet***

***(à l'extérieur, à droite du sas d'entrée)***

## **prise des rendez-vous avec le Dr AMIEL ou le Dr KAOUKA**

votre nom	
votre prénom	
votre date de naissance	
votre n° téléphone mobile (sinon fixe)	
le motif de la demande	
nom de votre médecin traitant	
Nom du spécialiste désiré	<input type="checkbox"/> Dr AMIEL <input type="checkbox"/> Dr KAOUKA
éventuellement type d'exploration demandé (écho du coeur, doppler des artères par exemple...).	

***A déposer dans la dans la boîte aux lettres du cabinet***

***(à l'extérieur, à droite du sas d'entrée)***