



## CONVENTION DE TRANSMISSION DES RÉSULTATS PAR COURRIEL

Je soussigné(e)

Né(e) le

Habitant

Demande au cabinet de radiologie l'envoi de mes résultats d'examen par courriel à l'adresse suivante :

**Courriel :**

Je confirme que l'adresse courriel indiquée ci-dessus garantit la confidentialité des résultats.

J'ai la responsabilité d'avertir le cabinet de radiologie en cas de changement de cette adresse.

Je me réserve le droit de résilier ces envois à tout moment par simple courrier, courriel ou présentation au cabinet.

Je ne recevrai plus mes résultats par voie postale.

Signature du patient :