

## DEMANDE DE RENDEZ-VOUS MÉDICAL PAR MAIL

À : \_\_\_\_\_

Objet : \_\_\_\_\_

### Coordonnées du patient :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### Informations sur le médecin ou le service :

Nom du médecin / service : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

### Motif de la demande :

Je souhaite solliciter un rendez-vous médical dans votre établissement. Merci de bien vouloir m'indiquer vos disponibilités pour une consultation. Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire nécessaire.

### Informations complémentaires :

Je vous remercie par avance de l'attention portée à ma demande. Vous trouverez ci-jointes les pièces justificatives nécessaires à la prise en charge du dossier, le cas échéant.

### Consentement RGPD :

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, je consens au traitement de mes données dans le cadre de la gestion de cette demande. Ces données seront utilisées uniquement pour l'organisation du rendez-vous médical et ne seront pas communiquées à des tiers sans mon accord.

Signature : \_\_\_\_\_

Signature du patient

Date

Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Source originale de ce document :

<https://juridique-administration.com/solliciter-un-rendez-vous-medical-par-mail/>

Ce modèle vous a-t-il été utile ?

Découvrez d'autres modèles à jour sur :

<https://juridique-administration.com>

Voir plus de modèle

Ce modèle est destiné exclusivement à un usage personnel et non commercial.

Toute diffusion ou publication doit obligatoirement citer la source.

Ce modèle est fourni à titre purement indicatif et ne constitue pas un conseil juridique.  
Il est recommandé de consulter un professionnel qualifié pour des situations spécifiques.