

Annexe 3: Demande d'ouverture de compte InteleConnect^{MD} pour la consultation des examens et rapports d'Imagix

Accès par le site Internet <https://rx.imagixmedical.com>

Prénom : _____

Nom : _____

Adresse courriel : _____

Numéro de permis de pratique (7 chiffres) : _____

Téléphone : _____

Merci de faire parvenir le formulaire dûment rempli à l'équipe de support clinique par courriel à pacs@imagixmedical.com.