

Le groupe Maine Image Santé met à disposition un portail de consultation des examens des patients passés sur l'ensemble de ses sites d'imagerie médicale.

Cet outil est exclusivement destiné aux médecins déclarés utilisateur auprès du groupe MIS.

La signature de ce document est essentielle pour la mise en service de l'accès au portail.

En signant ce document, je reconnais, je prends connaissance et j'approuve que :

- Je suis docteur en médecine inscrit au conseil de l'ordre national des médecins
- Je m'engage à utiliser cet outil uniquement dans le cadre de mon activité médicale
- Je suis informé de la traçabilité de mes actions et des examens consultés
- Mes identifiants (nom d'utilisateur et mot de passe) sont personnels et confidentiel, et ne peuvent être transmis à tiers quelle qu'en soit la raison.
- Le groupe MIS ne peut être tenu responsable de mon utilisation de ce portail et de mon non-respect du secret et de la déontologie médicale
- Le groupe MIS ne maîtrise pas mon équipement informatique et ma connexion à Internet, qui sont des facteurs influant sur les performances de l'outil.

NOM : _____

PRENOM : _____

SPECIALITE : _____

Fait à :

Le :

Signature :