## Inscription d'un compte médecin

## Informations de connexion

| Adresse e-mail                       |
|--------------------------------------|
|                                      |
| Mot de passe                         |
|                                      |
| Informations personnelles du médecin |
| Prénom                               |
|                                      |
| Nom                                  |
|                                      |
| Numéro de matricule                  |
|                                      |
| Spécialité                           |
| Chirurgie                            |
| Veuillez acceptez la RGPD            |
| Enregistrer                          |