

Nom : le nom de patient

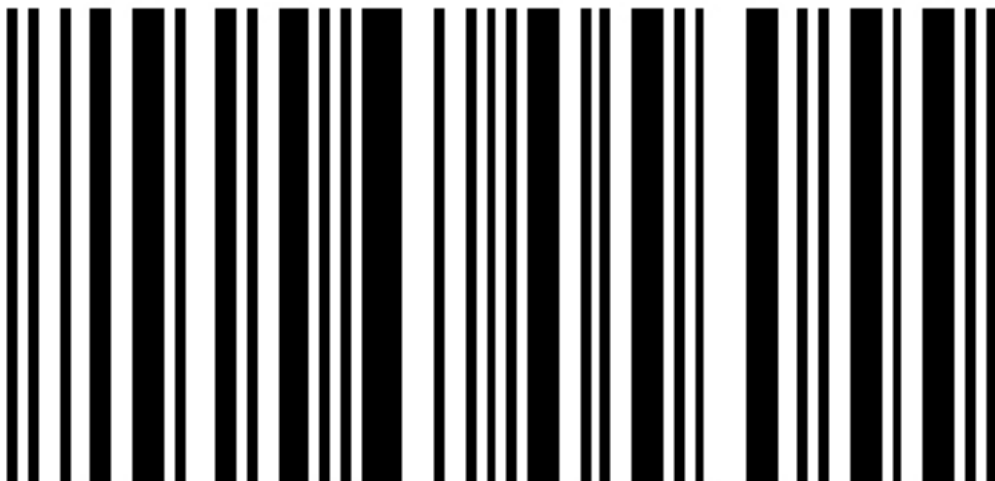
prénom : le prénom de patient

Email : Email de patient

CNI : CNI

ville : ville

telephone : Téléphone



7240468056055