



**P M L A S E R**

P A R I S

**NOM & PRÉNOM :** .....

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ COVID-19**

---

J'ai bien compris que la réalisation des actes de Médecine Esthétique et lasers pendant la période de pandémie COVID-19 entraîne une prise de risques supplémentaires pour moi et pour les autres.

Je reconnais avoir été bien informé de ces risques par les membres du centre PMLASER à Paris et de toutes les mesures préventives rigoureuses mises en place et exigées pour mon rendez-vous. Les informations m'ont été délivrées par différents supports : mail, SMS, affichages multiples et par oral. J'ai pu poser les questions que je souhaitais et ai obtenu les réponses. J'ai lu attentivement la charte patient et les règles générales du déconfinement (3 affiches).

J'en accepte les contraintes et conditions en signant ce consentement Covid-19.

À Paris, le : ..... Signature : .....



**P M L A S E R**

P A R I S

**NOM & PRÉNOM :** .....

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ COVID-19**

---

J'ai bien compris que la réalisation des actes de Médecine Esthétique et lasers pendant la période de pandémie COVID-19 entraîne une prise de risques supplémentaires pour moi et pour les autres.

Je reconnais avoir été bien informé de ces risques par les membres du centre PMLASER à Paris et de toutes les mesures préventives rigoureuses mises en place et exigées pour mon rendez-vous. Les informations m'ont été délivrées par différents supports : mail, SMS, affichages multiples et par oral. J'ai pu poser les questions que je souhaitais et ai obtenu les réponses. J'ai lu attentivement la charte patient et les règles générales du déconfinement (3 affiches).

J'en accepte les contraintes et conditions en signant ce consentement Covid-19.

À Paris, le : ..... Signature : .....