



ENGAGEMENT MEDECIN - DPC 2015

Je soussigné,

Dr

Adresse professionnelle :

.....
.....
.....

déclare m'inscrire comme participant au programme de DPC intitulé :

OEDEME MACULAIRE POSTOPERATOIRE ARMD

organisé par : AMIFORM PACA

sous le numéro : 14511500031 S1

qui a pour objectif de développer une démarche qualité dans le champ des soins dans le cadre du DPC.

Il prévoit un investissement pérenne de la part des participants et de l'AMIFORM PACA.

Je prends l'engagement auprès de l'AMIFORM PACA à participer à l'intégralité de ce programme.

Je reconnais avoir été informé par l'AMIFORM PACA que ce travail nécessite un suivi minimum de trois mois.

Dans l'éventualité où je me trouverais dans l'obligation d'arrêter ce programme avant son terme, j'en présenterais par écrit les raisons à l'AMIFORM PACA.

Fait à le.....

Signature précédée de la mention : « Lu et approuvé » :