DEMANDE D’AGREMENT

BULLETIN DE REPONSE

**NOM :** ……………………………………………………………………………..**Prénoms :**…………………………………………

# Date de naissance : ………………………………………………………

Adresse professionnelle : …………………………………………………………………………….……………………

…………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………

**Commune**: ……………………………………… Code Postal : 972…………...

Téléphone professionnel : ……………………………………………….

Télécopie : ………………………………mail : ………………………………………………………………….………………….

🞎 Médecin généraliste

🞎 Médecin spécialiste Spécialité (***à préciser***) : ………………………..…………………………………

## N° inscription à l’Ordre : ………………………………………

Nombre d’années d’exercice professionnel : …………………………….……….…..

Nombre d’années d’exercice **dans le département** : …………………………..…..

**Activité hospitalière**: oui 🞎 non 🞎

* Je souhaite figurer sur la liste des médecins agréés
* Je souhaite être membre titulaire du Conseil Médical (ex comité Médical et des Commissions de Réforme)
* Je souhaite être membre suppléant du Conseil Médical

**Mes jours et horaires de disponibilité** : …………………………………………..

Date ……………………………………

Cachet et Signature

⮷ **Monsieur le DIRECTEUR GENERAL**

**DE L’AGENCE REGIONALE DE SANTE**

**Direction de l’Offre de Soins et de l’Autonomie**

***(A l’attention de Mme NITHARUM)***

**Centre d’Affaires « AGORA »**

**Zac de l’Etang Z’Abricot - Pointe des Grives**

**CS 80656**

**97263 FORT DE FRANCE CEDEX**

**Mail : [patricia.rimbert-nitharum@ars.sante.fr](mailto:patricia.rimbert-nitharum@ars.sante.fr)**

**Tél : 0596 39 43 27**