

Authentification de la signature d'un médecin prescripteur

(arrêté du 6 avril 2011)

Document à compléter et à retourner dans les meilleurs délais à la Direction des Affaires Médicales

Nom : Prénom :

- Qualité :
- Responsable de service
 - Praticien hospitalier non chef de service
 - Praticien Contractuel
 - Praticien contractuel pour assurer la continuité des soins (médecin thésé – non thésé)
 - Assistant
 - Praticien Attaché
 - Interne
 - Faisant Fonction d'Interne
 - Etudiant

Pôle :

Service :

Date :

Signature