

Demande d'agrément pour l'internat en Médecine, Pharmacie et Odontologie

Année universitaire 2024-2025
Docteur Junior

Identification de l'établissement : CABINET LIBERAL

Nom de l'établissement :

N° FINESS :

Adresse

Code postal – Commune :..

Téléphone :

Adresse électronique :

Identification du terrain de stage demandant l'agrément : CABINET LIBERAL

Nom usuel du terrain de stage :

Responsable du terrain de stage :

Adresse mail du responsable :

Demande d'agrément : PHASE DE CONSOLIDATION

DES (à titre principal) :

Précisez :

OPTION Précisez :

Motif de la demande :

1ère demande :	Oui	Non	N°RPPS:
Changement de responsable de stage :	Oui	Non	N°du terrain : (6 chiffres)
Nom de l'ancien responsable de stage :			
Remplacement d'un terrain de stage :	Oui	Non	N°du terrain : (6 chiffres)
Nom de l'ancien terrain de stage :			

Date et signature

--