

Formulaire de désignation du médecin responsable

Date :

Structure titulaire de l'autorisation d'équipement(s) matériel lourd

N° de l'autorisation de l'équipement matériel lourd délivrée par l'Agence Régionale de Santé	
N° Finess	
Nom de la structure	
Adresse de la structure	

Médecin Responsable désigné de la structure titulaire de l'autorisation de l'équipement

Nom	
Prénom	
N° de RPPS	
Téléphone	
Courriel	
Responsabilités au sein de la structure	

Détails pour la livraison des produits de contraste dans la structure titulaire de l'autorisation de l'équipement matériel lourd

Nom / Prénom des personnes habilitées à signer le bon de livraison	
Adresse courriel des personnes habilitées à signer le bon de livraison	
Adresse de livraison	
Jours et horaires de livraison	
Lieu de stockage	
Adresse courriel pour facturation	

SIGNATURE :