



Engagement des professionnels de santé FAF-PM

Je soussigné,

Nom Prénom :

Adresse :

Déclare être inscrit comme participant au programme intitulé

HANDICAPS D'ORIGINE GÉNÉTIQUE MISE EN ÉVIDENCE – DÉPISTAGE – PRISE EN CHARGE – CONSEILS AUX PARENTS

Organisé par:

**Rambam-France, en partenariat avec Rambam 93,
Financé par le FAF-PM**

Ce programme a l'ambition de développer une démarche qualité dans le champ des soins.

Il suppose un investissement à long terme de la part du promoteur du programme, mais aussi de tous les participants médecins libéraux.

Conscient de cette nécessité, je prends l'engagement auprès de l'organisme de formation à participer à l'intégralité du programme mis en place.

Je reconnais avoir été informé par l'organisme de la durée de cet engagement, de la charge de travail m'incombant au cours de ce programme (réunions, travaux, ...).

Si je devais néanmoins abandonner ce programme avant son terme, je présenterais par écrit à l'organisme les raisons de mon départ.

Fait à : Le :

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