



**Accréditation des médecins**  
**Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs**

*Formulaire à remplir par les médecins engagés  
dans l'Accréditation, ne voulant pas adhérer au CFAR*

**NOM** : .....

**PRÉNOM** : .....

Année de naissance : .....

Année de thèse : .....

Année de CES : .....

Année de DES : .....

Année de DIS : .....

Année de PAC : .....

Année de Qualification : .....

**Inscription au Conseil de l'Ordre N° (Obligatoire)** : .....

**Adresse personnelle :**

N°..... Rue/Avenue : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Tél. : .....

E. mail : ..... Fax : .....

**Adresse professionnelle :**

Nom de l'Établissement de santé : .....

N°..... Rue/Avenue : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Fax : .....

E. mail : .....

**Mode d'exercice** : Privé  Public  CHU  non CHU  PSPH  Militaire

**Fonction** : PU-PH  MCU-PH  PHU  PH  AHU  PAC

- certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus
- **verse les frais de gestion relatifs à mon engagement dans l'Accréditation des médecins : 160 euros pour l'année en cours**, par chèque bancaire ou postal à l'ordre du : « Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs »

**Date**

**Signature**