



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 PAC :

Année de Qualification :

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

Adresse personnelle :

N°..... Rue/Avenue :

Code Postal : Ville :

Tél. : Fax :

E. mail :

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