**DÉCLARATION D’ENGAGEMENT EN ÉQUIPE**

PROTOCOLE DE COOPÉRATION "Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémédecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier"

Adresse du Protocole de Coopération : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM Prénom** | **Nation-alité** | **DDN** | **Profession** | **Lieu d’exercice** | **Rôle/Fonction pour la CPTS** | **Agissant en tant que Déléguant ou délégué** | **Signature** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Les professionnels cités ci-dessous attestent, par la présente, adhérer au Protocole de Coopération cité ci-dessus :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM Prénom** | **Nation-alité** | **DDN** | **Profession** | **Lieu d’exercice** | **Rôle/Fonction pour la CPTS** | **Agissant en tant que Déléguant ou délégué** | **Signature** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |