

ANNEXE – FORMULAIRE DE DESIGNATION DU MEDECIN RESPONSABLE

Date de remplissage du formulaire :	
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 ET :	
Nom de la structure :	
Adresse de la structure :	
Médecin Responsable désigné de la structure titulaire de l'autorisation de l'équipement matériel lourd	
Nom :	Prénom :
N° de RPPS :	
Téléphone :	
Mail :	
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 de livraison :	
Jours et Horaires de livraison :	
Lieu de stockage :	

Signature