Accusé de Réception de la Nouvelle Correspondance de l'Établissement de Santé

Identification de l'Établissement de Santé de la Sous-Région

Nom de l'Établissement

Date de Création

Type d'Établissement

Services d'Hospitalisation
- Non
- Oui

Services de Radiologie
- Non
- Oui

Service d'Accueil des Urgences
- Non
- Oui

Langue Principale de Travail

Nombre de Salles d'Hospitalisation

Nombre de Lits

Personnel

Personnel Non Soignant

Entretien

Sécurité

Administratif

Total

Personnel Soignant

Aides-Soignants

Infirmiers

Médecins

Total

Adresse de Correspondance

Adresse

Boîte Postale

Ville

Courrier Électronique

Téléphone

WhatsApp

Pays

Collaboration à la Mise en Œuvre de la DPSP et Participation à la Rencontre du Partenariat de la Santé Digitale de Chicago

Collaboration à la Mise en Œuvre de la DPS
- Non
- Oui

Participation à la Rencontre du Partenariat de la Santé Digitale Programmée du 3 au 12 Août 2026
- Non
- Oui

Avez-vous Déjà Reçu la Correspondance Signée le 3 Juin 2026?
- Non
- Oui

Identification du Dirigeant

Nom

Prénom

Date de Naissance **Lieu de Naissance**

Commune **Arrondissement**

Département **Province/ Région**

Pays de Naissance **Nationalité**

Sexe ◯ Femme ◯ Homme

Situation Matrimoniale ◯ Célibataire ◯ Marié(e) ◯ Divorcé(e) ◯ Autre

Fonction du Dirigeant **Date de Prise de Fonction**

Études

Niveau d'Études ◯ Premier Cycle universitaire ◯ Second cycle Universitaire ◯ Troisième Cycle Universitaire ◯ Autre

Établissement Fréquenté

Date d'Entrée **Date de Sortie**

Qualification Obtenue **Date de Qualification**

Ville **Pays**

Identification de la Personne qui a Reçu la Correspondance

Nom

Prénom

Service **Poste**

Signature

Signé le **A**

Par (Nom et Prénom) **Cocher pour Signer** ☐