Formulaire de Consentement de l'Établissement de Santé Désigné Comme Point Focal Local de la DPS Dans sa Zone d'Action et d'Intervention

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

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

Consentement Suite à la Désignation Comme Point Focal Local

Consentement à Œuvrer Comme Point Focal Local ○ Non ○ Oui

Pays Pour Lequel le Consentement est Donné

Signé le

A

Nom du Signataire

Prénom

Fonction du Dirigeant

Cochez Pour Signer ☐