**Modèle de déclaration d’engagement**

A remplir conjointement par les professionnels de santé qui s’engagent mutuellement à appliquer un protocole de coopération

Les soussignés mentionnés ci-dessous manifestent par la présente leur volonté de s’engager mutuellement à mettre en œuvre le protocole de coopération relatif à [Coller ici l’intitulé exact du protocole copié au préalable sur le site du Ministère de la santé et des solidarités].

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DELEGANT(S)** | | | | | | | | | | |
| **M.** | **Mme** | **Prénom** | **Nom** | **Adresse personnelle** | **Exerçant la profession de** | **Lieu**  **d’exercice** | **Date de**  **naissance** | **Lieu de naissance** | **Nationalité** | **Signature** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DELEGUE(S)** | | | | | | | | | | |
| **M.** | **Mme** | **Prénom** | **Nom** | **Adresse personnelle** | **Exerçant la profession de** | **Lieu**  **d’exercice** | **Date de**  **naissance** | **Lieu de naissance** | **Nationalité** | **Signature** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |