ACTION/PROGRAMME D'EPP **DATE DE REMPLISSAGE DES FICHES :**

1 - IDENTIFICATION

Réseau territorial : ……..

Action ou programme ou démarche d'EPP : RCP : ……

Médecin(s) responsable(s) de l'action/du programme :

Nom, prénom :……

Discipline : ……

Adresse Professionnelle : ……
……

Téléphone : …… | Fax : …… | E-mail : ……

Liste des Médecins engagés dans ce programme *(nom,prénom,adresse professionnelle,spécialité, établissement)* **:**

> ……
> ……
> ……
> ……
> ……
> ……
> ……
> ……
> ……
> ……
> ……
> ……
> ……
> ……
> ……
> ……

Le cas échéant, liste des autres professionnels, en précisant leur métier :