



FAF-PM



Engagement des médecins anglais médical

Je soussigné,

Dr : _____

[*adresse professionnelle*] : _____

déclare être inscrit comme participant au programme :

intitulé [*titre du programme*] : _____

organisée par l' **ACFM** et financé par le FAF PM sous le numéro [*n° d'agrément*] : _____

Il suppose un investissement de la part du promoteur du programme, mais aussi de tous les participants médecins libéraux.

Conscient de cette nécessité, je prends l'engagement auprès de l'organisme de formation à participer à l'intégralité du programme mis en place.

Je reconnais avoir été informé par l'organisme de la durée de cet engagement.

Si je devais néanmoins abandonner ce programme avant son terme, je présenterais par écrit à l'organisme les raisons de mon départ.

Fait à _____ le _____

Signature précédée de la mention : « Lu et approuvé » :



la formation de tous les médecins.

ACFM
79, RUE DE TOCQUEVILLE - 75017 PARIS
TÉL. 01 43 18 88 28
FAX. 01 43 18 88 27 - mail. contact@acfm.fr
Organisme agréé par la HAS