

FICHE D'ADHESION DE L'ETABLISSEMENT

« Projet régional : gestion de l'interruption de tâche lors de l'administration médicamenteuse »

Nom de l'établissement :

Année souhaitée de déploiement : ☐ 2019/2020 ☐ Autres

Merci de nous préciser les services de soins / unités de vie dans lesquelles vous souhaitez réaliser le projet ainsi que les noms et prénoms des professionnels responsables du projet (nécessaire pour le suivi du projet et la mise à disposition des outils)

Service de soins / Unité de vie	Nom et prénom du responsable du projet	Coordonnées (mail et tél.)

Je soussigné, directeur du (nom de l'établissement).....

Fait acte de candidature au projet régional « Gestion de l'interruption de tâche lors de l'administration médicamenteuse », et m'engage à mettre en œuvre la totalité des étapes du projet.

Fait à :

Le :

Signature :

Afin de valider définitivement votre adhésion, merci de bien vouloir renseigner et retourner cette fiche dûment complétée à l'adresse suivante : contact@rreva-bretagne.fr, avant le 15 novembre 2019.

