

Coupon à retourner à l'adresse suivante :

Agence Régionale de Santé de Bourgogne Franche-Comté  
Direction de l'Organisation des Soins  
Département Ressources Humaine du Système de Santé  
Le Diapason  
2 Place des Savoirs  
CS 73535  
21035 Dijon cedex

ou par courriel : [evelyne.richardet@ars.sante.fr](mailto:evelyne.richardet@ars.sante.fr)

Docteur : Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

Adresse : Rue \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel : \_\_\_\_\_

Mail professionnel : \_\_\_\_\_

1. Je ne suis pas à ce jour agréé :

Je candidate pour être agréé  
(voir conditions listées dans le courrier)

Oui Non

2. Je suis agréé :

Je renouvelle mon agrément

Oui Non