

CREATION D'UNE FICHE DE RENSEIGNEMENTS REMPLACANT(E)

Afin d'optimiser nos démarches non seulement de référencement de votre profil sur notre site, de diffusion de votre annonce, mais également dans le cadre d'une possible mise en relation avec les titulaires et associés(es) adhérents(es) à nos services, nous vous demandons de nous retourner dûment compléter ce document à l'adresse suivante : contact@medicalmediafrance.com

NOM : PRENOM :

PROFESSION : TELEPHONE PORTABLE :

ADRESSE MAIL : @

ANNEE OBTENTION DU DIPLOME INFIRMIER (E) :

AUPRES DE QUELLE ORGANISME :

MENTIONNER LES TITRES, DIPLÔMES, SPÉCIALISATIONS OU FONCTIONS QUI SONT RECONNUS PAR LE CONSEIL DE L'ORDRE ET LES DISTINCTIONS HONORIFIQUES RECONNUES PAR LA REPUBLIQUE FRANCAISE :

.....
.....
.....
.....

INFORMER CLAIREMENT LES SERVICES ET ACTES DONT VOUS ÊTES HABILITES A PRATIQUER :

.....
.....
.....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES IMPORTANTES QUI SERAIENT RÉDHIBITOIRES POUR VOUS D'EFFECTUER UN REMPLACEMENT :

(Cochez les cases)

- J'AUTORISE LE SERVICE WEBMASTER ET COMMERCIAL DE MEDICAL MEDIA FRANCE A DIFFUSER LES DONNEES REUNI SUR CE DOCUMENTS, DANS LE CADRE EXCLUSIF D'UNE MISE EN RELATION AVEC UN(E) TITULAIRE UN(E) ASSOCIE(E) OU SI BESOINS DANS LE CADRE D'UN REMPLACEMENT
- JE REFUSE QUE MES COORDONNES OU TOUT AUTRE RENSEIGNEMENT SOIT DIVULGUER DANS UN BUT COMMERCIAL A D'AUTRES ENTREPRISES AUTRE QUE MEDICAL MEDIA FRANCE,
- J'AUTORISE LE SERVICE DIFFUSION DE MEDICAL MEDIA FRANCE A MODIFIER SI BESOIN ET A DIFFUSER MON ANNONCE AVEC LA PHOTO QUE J'AI FOURNI.

DOCUMENT : FR2021/1



RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

NUMERO ADELI : N° D'AUTORISATION DE REMPLACEMENT :

DELIVREE PAR : CARTE CPS : OUI / NON

RENSEIGNEMENTS SUR LES MISSIONS DE REMPLACEMENT QUE VOUS SERIEZ PRET(E) A EFFECTUER :

1/RAYON D'ACTION REMPLACEMENT :

NATIONAL

REGIONAL

DEPARTEMENTAL

2/UN LIEU GEOGRAPHIQUE PRECIS :

DEPARTEMENT :

COMMUNE :

ET SUR UN RAYON DE :KM

AVEZ-VOUS DES DOLEANCES PARTICULIERES, DES INFORMATIONS NOUS PERMETTANT DE MIEUX CIBLER VOS BESOINS OU DES REMARQUES ?

.....
.....
.....

REDIGER VOTRE ANNONCE (telle que vous souhaitez qu'elle apparaisse sur notre site internet)

.....
.....
.....
.....
.....

JE DECLARE ÊTRE EN POSSESSION DE MON DIPLOME D'INFIRMIER(E) ET ÊTRE A JOUR DE TOUT DOCUMENT ET PROCEDURES AUTORISANT L'EXERCICE DE LA PROFESSION D'INFIRMIER(E) REMPLACANT(E). (COCHEZ LA CASE)

SIGNATURE :

« Art. R. 4312-68-1. - I. - L'infirmier est libre de communiquer au public, par tout moyen, y compris sur un site internet, des informations de nature à contribuer au libre choix du praticien par le patient, relatives notamment à ses compétences et pratiques professionnelles, à son parcours professionnel et aux conditions de son exercice. « Cette communication respecte les dispositions en vigueur et les obligations déontologiques définies par le présent chapitre. Elle est loyale et honnête, ne fait pas appel à des témoignages de tiers, ne repose pas sur des comparaisons avec d'autres infirmiers ou établissements et n'incite pas à un recours inutile à des actes de prévention ou de soins. Elle ne porte pas atteinte à la dignité de la profession et n'induit pas le public en erreur.