**Engagement de l’Expert dans un projet de télémédecine**

 *Cet engagement doit être complété et signé par le professionnel médical pour effectuer des actes de télé expertise et/ou de téléconsultation*

 *Lorsque le professionnel médical exerce en établissement, cet engagement doit également être visé par la Direction de l’établissement*

**Je soussigné(e),**

Nom  ……………………………………………….……………………………………………………………….

Prénom  ……………………………………………….……………………………………………………………

Adresse courriel ……………………………………………………………………………………………………

N° de téléphone ……………………………………………………………………………………………………

N° RPPS *………………………………*………..……………………….…………………………………………….

Spécialité médicale exercée …..…………………………………………………………………………………

.………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse complète du lieu d’exercice de la télémédecine (cabinet ou établissement) :

…………………………..……………………………….…………………………..……………………………….………………………………………………………………………………………………………………………

N° FINESS *(si exercice dans un établissement)* ...…………………………………………………………

**M’engage à réaliser des actes de téléexpertises et/ou de téléconsultations dans la spécialité médicale précisée ci-dessus, à la demande de la structure ou du professionnel médical désigné ci-après :**

Nom de la structure ou du professionnel médical demandeur : .……………………………………….……………….……………………........................................................

…………………………..……………………………….…………………………..………………………………

Date : ......./……/………

Signature

***Partie à compléter par la Direction, en cas d’exercice du professionnel médical en établissement***

**Je soussigné(e),**

Nom  ……………………………………………….……………………………………………………………….

Prénom  ……………………………………………….……………………………………………………………

Représentant de l’établissement mentionné ci-dessus

**Reconnais être informé de l’engagement présent du professionnel médical identifié précédemment à réaliser les actes de télémédecine décrits ci-dessus.**

**A ce titre, un relai avec la Direction des Services d’Information de l’établissement sera effectué.**

Date : ......./……/………

Signature