

# 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