

**CHECK LIST CONVENTIONNEMENT: FORMATION SANITAIRE PUBLIQUE**

N°	Libellé	Cotation (0/1)
1	Date de dépôt du dossier: ...../...../20.....	
2	Nom de la structure:	
3	Type de structure (USP type 1, CMS, Hôpital):	
4	Quartier:    Canton:	
5	DPS/DDS:    Région:	
6	Plan de situation	
7	Responsable:    Qualification:	
8	Téléphone fixe :    Mobile :	
9	Lettre adressée au DG de l'INAM	
10	Accord spécifique de partenariat signé par le Responsable en deux exemplaires	
11	Paquet de soins et services (Listing)	
12	Infrastructures (Plan architectural)	
13	Equipement et matériel (Listing avec quantité)	
14	Tableau de ressources humaines (Listing avec qualifications, temps plein, temps partiel, codes prescripteurs déjà attribués)	
15	Copies des diplômes du personnel	
16	Relevé d'identité bancaire (RIB)	
17	Outils TIC fonctionnels:                          [Préciser le(s) type(s)]	
18	Noms des logiciels utilisés:	
19	Rapport de prospection du Médecin Conseil Régional	