

CHECK LIST CONVENTIONNEMENT: FORMATION SANITAIRE PRIVEE A BUT NON LUCRATIF (FSPBNL)

N°	Libellé	Cotation (0/1)
1	Date de dépôt du dossier:/...../20.....	
2	Nom de la structure:	
3	Type de structure (Confessionnel, ONG/Association):	
4	Quartier:	
5	Plan de situation	
6	DPS/DDS: Région:	
7	Responsable: Qualification:	
8	Copie de la carte/Attestation d'inscription à l'ordre professionnel de santé ou à l'association professionnelle de santé (Responsable de soins)	
9	Téléphone fixe : Mobile :	
10	Lettre adressée au DG de l'INAM	
11	Arrêté du Ministère chargé de la Santé portant autorisation d'ouverture de la formation sanitaire	
12	Accord spécifique de partenariat signé par le Responsable en deux exemplaires	
13	Paquet de soins et services (Listing)	
14	Liste tarifaire des soins	
15	Infrastructures (Plan architectural)	
16	Equipement et matériel (Listing avec quantité)	
17	Tableau de ressources humaines (Listing avec qualifications, temps plein, temps partiel, codes prescripteurs déjà attribués)	
18	Copies des diplômes du personnel	
19	Relevé d'identité bancaire (RIB)	
20	Outils TIC fonctionnels: [Préciser le(s) type(s)]	
21	Noms des logiciels utilisés:	
22	Listes des organismes assureurs privés partenaires	
23	Rapport de prospection du Médecin Conseil Régional	