

ANNEXE 3 – attestation d’engagement des médecins de la MSP

Nous soussignés, les médecins de la MSP

Nom de la MSP : -----

Adresse : -----

Code postal – ville : -----

numéro Finess entité géographique : -----

nous engageons :

- à la participation de tous les médecins (sauf exemption ordinale) à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ;
- à la participation des médecins au service d’accès aux soins (SAS) (régulation ou effectation) ;

Fait à -----

Le-----

Signatures des médecins

NOM, Prénom : -----

NOM, Prénom : -----

NOM, Prénom : -----