## MISE EN ŒUVRE D’UN SYSTEME D’INFORMATION PARTAGE AU SEIN DES MAISONS DE SANTE

(Annexe 1)

**DOSSIER DE CANDIDATURE – Date limite d’envoi 30/01/2018**

**1°- Coordonnées de la structure :**

Site :…………………………………………………………………………………………………….

Adresse :……………………………………………………………………………………………….

Commune :……………………………………………………………………………………………

Téléphone :…………………………………………………………………………………………….

Mail :……………………………………………………………………………………………………

**2°- Responsable de la structure**

Nom :…………………………………………………………………………………………………….

Prénom :……………………………………………………………………………………………….

Téléphone :…………………………………………………………………………………………….

Mail :……………………………………………………………………………………………………

**3°- Nature de la demande :**

Descriptif rapide du projet envisagé : …..………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nombre de professionnels concernés par l’acquisition du logiciel retenu *(Cf. tableau en annexe) :*

Calendrier envisagé de mise en œuvre : ……………………………………………………………

Logiciels médicaux actuellement utilisés …………………………………………………………..

Editeur du futur logiciel partagé pré-choisi : Oui € Non €

Si oui :

* précisez (voir liste en annexe 2) : …………………………………………………………
* Des contacts avec l’éditeur ont-ils déjà été pris ? Oui € Non €

Montant total de l’investissement si déjà connu : .………………………………………………….

Une adhésion à l’Accord Conventionnel Interprofessionnel applicable aux structures de santé pluri-professionnelles est-elle envisagée au cours de l’année : Oui € Non €

**4°- Liste des professionnels**

Tableau en annexe :

  Date : Signature :

**Liste des professionnels de santé**

| **Nom** | **Prénom** | **Profession** | **Adresse** | **Commune** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |