

**Direction de la santé publique**

**Pole pharmacie, produits de santé et biologie**

**Direction de la Stratégie Régionale en Santé**

**Direction adjointe de l’offre ambulatoire**

**Pôle Organisation des soins de proximité**

**Politique régionale de lutte contre l’antibiorésistance**

**DOSSIER DE CANDIDATURE – Date limite d’envoi : 17 mai 2019**

**ARS BRETAGNE**

**6 Place des Colombes**

**CS 14253**

**35042 Rennes Cedex**

[**ars-bretagne-pharmacie@ars.sante.fr**](mailto:ars-bretagne-pharmacie@ars.sante.fr)

**1°- Coordonnées de la structure :**

Nom de la structure d’exercice coordonné (maison de santé, équipe de soins primaires, centre de santé polyvalent) : ………………………………………………….

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

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

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

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

**2°- Coordinateur du projet**

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

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

Profession :…………………………………………………………………………………………….

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

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

**3°- Nature de la demande :**

* Motivation des professionnels  : …..………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Liste des professionnels impliqués

Cf. tableau en annexe 1

* Groupe d’usagers associé

Cf. tableau en annexe 2

* Calendrier envisagé pour la réunion grand public et les réunions préparatoires :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Lieu de la réunion

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Modalités de communication

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date : Signature :

**Annexe 1 - Liste des professionnels de santé**

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

**Annexe 2 – Groupe d’usagers associés**

| **Nom** | **Prénom** | **Commune** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |