Demande D’OBSERVERSHIP DANS UN centre expert BUA

# PRESENTATION

Nom :

Prénom :

Spécialité :

Fonction :

Lieu actuel d’exercice :

Type d’établissement de santé :

Nombre de lits de MCO :

# PROJET MOTIVANT VOTRE DEMANDE et ATTENTES

# modalites souhaitée

Durée souhaitée/possible (minimum 2j maximum 3jours) :