

SPÉCIFICITÉS

- 1- Souhaitez-vous apparaître sur la liste qui sera consultable sur demande* ? Oui Non
- 2- Avez-vous mis en place un système de garde (le week-end et les jours fériés) pour la kinésithérapie respiratoire ? Oui Non

Liées à l'exercice du professionnel¹ : (décret de compétences et formations complémentaires)

- 1- 1- Quelles spécificités d'exercice pratiquez-vous ?.....
.....
.....
.....

Liées à la structure¹ :

- 1- Exercez-vous au sein de votre cabinet plusieurs rééducations spécifiques ? : Oui Non
Si oui lesquelles :
.....
.....
- 2- Exercez-vous au sein de votre cabinet une rééducation spécifique et unique ? Oui Non
Si oui laquelle :
.....
.....
- 3- Votre structure possède-t-elle un/des équipement(s) spécifique(s) (ex : fauteuil rotatoire, l'isocinétisme, ondes de choc radiales...) ? Oui Non
Si oui lequel/lesquels :
.....
.....

Pour tous renseignements complémentaires n'hésitez pas à nous contacter au 02 28 23 14 63

Merci de nous adresser vos justificatifs :

- Soit par mail : cdomk44@orange.fr
- Soit par courrier : CDOMK 44
Centre d'Affaires Europe
5 Rue du Tertre
44470 CARQUEFOU
- Soit par Fax : 02 28 23 14 63

*Champs obligatoires à compléter ¹Merci de joindre au questionnaire une copie des justificatifs correspondants