



ACCORD DE PARTICIPATION

Surveillance de la consommation des antibiotiques et de la résistance bactérienne 2008

Établissement _____

Adresse _____

CP et Ville _____

Coordonnées du **président du CLIN** : M^{me}, M _____

Fonction : _____ Service : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____/____ Télécopieur : ____/____/____/____/____/____

E-mail : _____

Coordonnées du **référent de la surveillance** :

M^{me}, M _____

Fonction : _____ Service : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____/____ Télécopieur : ____/____/____/____/____/____

E-mail : _____

Calendrier :

Date limite d'inscription : le 31 mars 2009,

Date limite de retour des fichiers au CCLIN Est : le 30 juin 2009

à l'adresse suivante : atb-cclin.est@chu-nancy.fr

Questionnaire à retourner **par fax (03 83 15 39 73)** ou par courrier à :
CCLIN Est (surveillance ATB 2008)
CHU de Nancy – Hôpitaux de Brabois
Rue du Morvan – 54511 VANDOEUVRE-LES-NANCY