

Je soussigné(e), Dr / Pr : **Nom** : **Prénom** :

Responsable du CPDPN de

certifie sur l'honneur que le Dr / Pr : **Nom** : **Prénom**

appartient au CPDPN de

en qualité d'échographe de référence en diagnostic.

Pour faire valoir ce que de droit

Date :

Signature + Cachet professionnel