

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

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

fait partie de mon réseau de médecins référents dans ma pratique de l'échographie obstétricale.

Pour faire valoir ce que de droit

Date

Signature + Cachet professionnel