**Engagement du représentant légal de la structure relatif à la demande d’autorisations d’activité de soins « *A compléter* »**

Je soussigné(e), Mr/Mme « *A compléter* », en qualité de représentant légal, atteste pour la structure « *A compléter* » par la présente, que les conditions d’implantation et les conditions techniques de fonctionnement seront respectées pour la mise en œuvre de l’activité de soins *« A compléter - Activité + modalités »* pour les :

□ Conditions RH telles que décrites en page ….du dossier

□ Conditions « Implantation/locaux » telles que décrites en page …du dossier

□ Conditions « Equipements » telles que décrites en page …du dossier

□ Conditions « Continuité des soins et/ou à la permanence des soins » telles que décrites en page …du dossier

□ Conditions « Conventionnement telles que décrites en page …du dossier

Signature du représentant légal