

ATTESTATION DE FORMATION

Je soussigné(e)

Mme / M.

Né(e) le :

Demeurant :

Profession :

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute |
| <input type="checkbox"/> Pharmacien | <input type="checkbox"/> Chirurgien-dentiste |
| <input type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Sage-femme |

Numéro d'inscription à l'ordre :

Lieu d'exercice :

atteste sur l'honneur avoir suivi la formation produit* en e-learning sur le test **BIOSYNEX COVID-19 Ag BSS** mise à disposition pour les professionnels de santé habilités à réaliser le test et disponible sur le site www.biosynex.com.

Fait à, le

Signature

* La formation mise à disposition sur le site www.biosynex.com est un e-learning qui forme uniquement à la réalisation du test BIOSYNEX COVID-19 Ag BSS et non au prélèvement nasopharyngé.