**RECUEIL DE BESOINS**

**Description de la structure**

Année de création de la structure :

Type de gestionnaire (pour les CDS) :

Nombre de MG (en ETP) :

Nombre de fauteuil dentaire :

Nombre de spécialistes (en ETP) :

Nombre de paramédicaux (en ETP) :

**Qualification de vos besoins en médecin généraliste et/ou chirurgien-dentiste**

Poste 1 :

* Professions
* Temps de travail
* Lieux d’exercice
* Date de prise d’exercice

Poste 2 :

* Professions
* Temps de travail
* Lieux d’exercice
* Date de prise d’exercice

**Question annexe :**

Quelles difficultés rencontrez-vous dans le recrutement des professionnels de santé ?

Pour quelle discipline ?

**Personne à contacter pour plus de renseignement**

Nom, fonction :

Mail :

Téléphone :

**Modalités de dépôt des candidatures**

Mail – courriel (préciser les adresses)

35 rue de la Gare Millénaire 2 – 75935 – Paris Cedex 19

Standard : 01 44 02 00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr