



**DOCUMENT D'ENGAGEMENT POUR DES PRESTATIONS AUX
CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHASA ET A LA FACULTE DE
MEDECINE DE L'UNIKIN**

- Nom du Médecin	:	
- Spécialité	:	
- Grade	:	
- Année de mise en Service/COGES	:	

* S'engage à prester aux CUK selon cette modalité

Rubrique	Heure de à	Nbre de jours / semaine
- Activité en Réanimation		
- Activité au bloc opératoire		
- Activité aux Soins intensifs dans d'autres Départements		
- Activité au Déchocage		
- Garde		

*** Activités des soins hors CUK (à préciser)**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

*** Activités d'Enseignement et de Recherche à la Faculté de Médecine de l'UNIKIN**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à Kinshasa, le / /

Docteur

Signature