A xxxxxx, le xxxxxxx

*Logo Hôpital +*

*Coordonnées*

*Direction générale*

**A :**

Direction générale de l’offre de soins

Ministère des affaires sociales et de la santé

**Objet :** dossier de candidature pour l’appel à projets national pour la labellisation des centres de référence maladies rares (CRMR) dédié aux maladies hémorragiques constitutionnelles, à la mucoviscidose et à la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du neurone moteur.

Conformément à l’instruction N° DGOS …………………… relative à l’appel à projets national pour la labellisation des centres de référence maladies rares (CRMR) dédié aux maladies hémorragiques constitutionnelles, à la mucoviscidose et à la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du neurone moteur, j’émets un avis favorable à la candidature du site coordonnateur du Centre de référence maladies rares « ***Désignation du CRMR*** » ayant pour responsable le ***Dr/Pr xxxx–*** ***service xxxx– site (pour les établissements multi-sites****),* co-signataire de ce courrier.

Le présent courrier complète le dossier de candidature du Centre de référence maladies rares constitué de toutes ses composantes (un volet de présentation générale du CRMR, un volet pour le site coordonnateur, un volet pour chaque site constitutif, un volet pour chaque CRC ainsi que pour chacun le courrier de soutien de la direction de leur établissement, d’engagement du responsable médical et l’avis motivé de la FSMR de rattachement).

Le/la Directeur (trice) général (e) Le/la responsable médical du site coordonnateur

Copie :

* Président de la Commission médicale d’établissement

A xxxxxx, le xxxxxxx

*Logo Hôpital*

*Coordonnées*

*Direction générale*

**A :**

Direction générale de l’offre de soins

Ministère des affaires sociales et de la santé

Objet : dossier de candidature pour l’appel à projets national pour la labellisation des centres de référence maladies rares (CRMR) dédié aux maladies hémorragiques constitutionnelles, à la mucoviscidose et à la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du neurone moteur

Conformément à l’instruction N° DGOS………………….relative à l’appel à projets national pour la labellisation des centres de référence maladies rares (CRMR) dédié aux maladies hémorragiques constitutionnelles, à la mucoviscidose et à la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du neurone moteur, j’émets un avis favorable à la candidature du site constitutif ayant pour responsable le ***Dr/Pr xxxx–*** ***service xxxx–*** ***site (pour les établissements multi-sites),*** co-signataire de ce courrier.

Ce site constitutif est rattaché au Centre de référence maladies rares «***Désignation du*** ***CRMR*** », dont le coordonnateur est le ***Dr/Pr xxxx– Nom de l’établissement*.**

Le dossier de candidature accompagnant le présent courrier est adressé, dès ce jour, à l’établissement coordonnateur du CRMR.

Le/la Directeur (trice) général (e) Le/la responsable médical du site constitutif

Copie :

* Président de la Commission médicale d’établissement

A *xxxxxx*, le *xxxxxxx*

*Logo Hôpital + Coordonnées*

*Direction générale*

**A :**

Direction générale de l’offre de soins

Ministère des affaires sociales et de la santé

**Objet :** dossier de candidature pour l’appel à projets national pour la labellisation des centres de référence maladies rares (CRMR) dédié aux maladies hémorragiques constitutionnelles, à la mucoviscidose et à la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du neurone moteur

Conformément à l’instruction N° DGOS………………….relative à l’appel à projets national pour la labellisation des centres de référence maladies rares (CRMR) dédié aux maladies hémorragiques constitutionnelles, à la mucoviscidose et à la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du neurone moteur, j’émets un avis favorable à la candidature du centre de ressources et de compétences coordonné par ***Dr/Pr xxxx–*** ***service xxxx–*** ***site (pour les établissements multi-sites),*** co-signataire de ce courrier.

Ce centre de ressources et de compétences est rattaché au Centre de référence maladies rares «***Désignation*** ***du CRMR*** », dont le coordonnateur est le ***Dr/Pr xxxx– Nom de l’établissement*.**

Le dossier de candidature accompagnant le présent courrier est adressé, dès ce jour, au coordonnateur du CRMR.

Le/la Directeur (trice) général (e) Le/la responsable médical du CRC

Copie :

* Président de la Commission médicale d’établissement