

Contrat d'adhésion d'un médecin au Réseau DeveniRP2S



Document annexé à la charte de fonctionnement
du réseau DeveniRP2S

Mise à jour janvier 2016

Je soussigné (e),

NOM : Prénom :

Adresse d'exercice (celle de votre activité libérale en cas d'exercice mixte) :

Tél : Adresse mail :

Qualification : Pédiatre
 Autre, précisez :

Données administratives à compléter en cas d'activité libérale (fournir un RIB) :

Numéro ADELI :

Numéro RPPS :

Numéro SIRET :

Situation conventionnelle : Secteur 1 Secteur 2 avec CAS Secteur 2 libre

Salarié d'un établissement de santé du réseau Oui lequel :
 (permet exemption cotisation) Non

Adhère au réseau DeveniRP2S dans le cadre du Réseau Périnatal des 2 Savoie, pour une durée de 3 ans tacitement renouvelable.

- Déclare avoir pris connaissance de la Charte de Fonctionnement du réseau DeveniRP2S
- M'engage à respecter son mode de fonctionnement, notamment :
- Suivre les enfants définis dans le cadre du réseau DeveniRP2S et organiser les examens complémentaires
 - Respecter le calendrier établi par le réseau de suivi
 - Utiliser le dossier de suivi et les outils choisis par le réseau pour les différents âges
 - Transmettre les fiches de suivi après la consultation à la coordination du réseau
 - Participer aux formations continues organisées dans le cadre de ce suivi
 - Participer à l'évaluation du réseau de suivi
- Déclare ne pas effectuer de dépassements d'honoraires pour les consultations effectuées dans le cadre du réseau, en cas d'exercice libéral.

Je peux interrompre à tout moment ma participation au Réseau DeveniRP2S en informant par écrit la coordination. La coordination du réseau se réserve le droit de suspendre l'adhésion et le versement des prestations dérogatoires en cas de non respect de mes engagements.

Le :

L'adhérent, (signature et tampon)

Contrat d'adhésion d'un médecin au Réseau DeveniRP2S



Document annexé à la charte de fonctionnement
du réseau DeveniRP2S

Mise à jour janvier 2016

Je soussigné (e),

NOM : Prénom :

Adresse d'exercice (celle de votre activité libérale en cas d'exercice mixte) :

.....

Tél : Adresse mail :

Qualification : Pédiatre
 Autre, précisez :

Données administratives à compléter en cas d'activité libérale (fournir un RIB) :

Numéro ADELI :

Numéro RPPS :

Numéro SIRET :

Situation conventionnelle : Secteur 1 Secteur 2 avec CAS Secteur 2 libre

Salarié d'un établissement de santé du réseau Oui lequel :

(permet exemption cotisation) Non

Adhère au réseau DeveniRP2S dans le cadre du Réseau Périnatal des 2 Savoie, pour une durée de 3 ans tacitement renouvelable.

- Déclare avoir pris connaissance de la Charte de Fonctionnement du réseau DeveniRP2S
- M'engage à respecter son mode de fonctionnement, notamment :
- Suivre les enfants définis dans le cadre du réseau DeveniRP2S et organiser les examens complémentaires
 - Respecter le calendrier établi par le réseau de suivi
 - Utiliser le dossier de suivi et les outils choisis par le réseau pour les différents âges
 - Transmettre les fiches de suivi après la consultation à la coordination du réseau
 - Participer aux formations continues organisées dans le cadre de ce suivi
 - Participer à l'évaluation du réseau de suivi
- Déclare ne pas effectuer de dépassements d'honoraires pour les consultations effectuées dans le cadre du réseau, en cas d'exercice libéral.

Je peux interrompre à tout moment ma participation au Réseau DeveniRP2S en informant par écrit la coordination. La coordination du réseau se réserve le droit de suspendre l'adhésion et le versement des prestations dérogatoires en cas de non respect de mes engagements.

Le :

L'adhérent, (signature et tampon)

Réseau Périnatal des 2 Savoie - www.rp2s.fr

✉ Adresse postale : RP2S - Centre Hospitalier Métropole Savoie - BP 31125 - 73011 CHAMBERY CEDEX

☎ Tel : 04 79 96 59 93 - Fax : 04 56 80 82 40 - 📧 E-mail : devenirp2s@ch-metropole-savoie.fr