

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT PRATICIEN

Je soussigné(e), M. / Mme :

Adresse professionnelle :

Déclare accepter devenir un des membres de l'équipe praticien dans le cadre du réseau de santé troubles d'apprentissages Résodys et d'adhérer volontairement à la Charte des Réseaux, de participer aux réunions de synthèses (physique ou virtuelle).

En tant que Médecin réseau, je m'engage à remettre à la Coordinatrice, une Fiche de consultation renseignée par Patient.

En tant que Praticien paramédical, je m'engage à adresser à la Coordinatrice un bilan complet et étalonné ainsi que le Profil Résodys correspondant (Orthophonique, Psychomoteur, Ergothérapeute ou Neuropsychologique), au début et à la fin de la prise en charge du patient par le réseau.

J'ai pris connaissance de la notice d'Information Praticien et obtenu toutes les informations complémentaires souhaitées de la part de la Coordinatrice.

Je déclare accepter les modalités de fonctionnement établies par le réseau.

Je prends note que le paiement des actes de l'année en cours s'effectue sur une année civile seulement et m'engage donc à adresser au service comptable du réseau les factures d'honoraires maximum 6 mois après la réalisation de la prestation.

Je m'engage à ne pas utiliser ma participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité.

J'ai noté que ma participation pouvait être annulée à tout moment par lettre adressée au médecin coordinateur du Réseau sans que cela ne nuise à la prise en charge du patient.

Fait à, le .../.../.....

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

BULLETIN D'ADHESION PRATICIEN

Résodys est une Association Loi 1901 créée en 2002 pour être gestionnaire d'un réseau de soins régional dédié aux Troubles spécifiques de l'apprentissage.

Le montant de la Cotisation annuelle est de 15 €.

Votre adhésion à l'Association vous permet de soutenir notre action de coordination, de vous impliquer et de prendre part aux décisions et aux votes lors de l'Assemblée Générale, d'être informés en priorité des actions de formation organisées pour les professionnels du réseau.

NOM : ----- Prénom : -----

Profession : -----

Adresse professionnelle : -----

Téléphone : -----

Mail : -----

N° Adéli / N° Inscription Ordre des Médecins : -----

Fait à : ----- le : ---/---/-----

Signature obligatoire :

Les renseignements contenus dans le présent bulletin d'adhésion faisant l'objet d'un traitement informatisé, vous disposez conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 d'un droit d'accès et de rectification que vous pourrez exercer à notre siège. Ces informations nominatives sont exclusivement à l'usage de notre association et ne peuvent être communiquées à des tiers sauf aux organismes publics pour répondre à des obligations légales.