

Nom de la Structure :

Nom du Directeur :

Adresse :

CP : Ville :

N° tél. : N° fax :

e-mail :

Secteur sanitaire

- Etablissements publics (Collège 1) Etablissements privés (Collège 2) Etablissements privés à but non lucratif (Collège 3)

- Médecine Chirurgie Obstétrique
Activité= 100% des séjours HC + 25% des séjours ambulatoires + 10% des séances
- > 45.000 20.000 / 45.000 10.000 / 20.000 5.000/10.000 < 5.000
- Soins de suite et de rééducation
Activité= 100% des journées
- > 30.000 < 30.000
- Psychiatrie
- Hôpital à domicile

Secteur médico-social

- Etablissements et services publics (Collège 4) Etablissements et services privés (Collège 5) Etablissements et services privés à but non lucratif (Collège 6)

- Personnes âgées / Personnes handicapées
- > 250 places 250 / 130 places 130 / 90 places < 90 places Services

Secteur libéral

- Professionnels libéraux de santé (Collège 7)

Autres acteurs de santé

- Réseaux de santé et autres organismes autorisés par l'ARS (Collège 8)

MERCI DE DEFINIR UN "REFERENT GCS E-SANTE" AU SEIN DE VOTRE STRUCTURE

(il sera invité à participer aux réunions, à l'Assemblée générale, recevra les communications...)

Nom : Prénom :

Fonction :

Tel : Mail :

- j'ai pris connaissance des modalités de calcul concernant l'apport en capital et des frais de cotisations annuels
- je m'engage à informer le GCS de toute modification liée à mon activité impactant le calcul de mon adhésion.

DATE :/...../..... CACHET et SIGNATURE :