

Document d'adhésion des professionnels de santé au Réseau HAndicap Prévention et Soins Odontologiques D' Ile de France

Je soussigné (e) : _____ N° ADELI et/ou RPPS _____

déclare adhérer au Réseau HAndicap Prévention et Soins Odontologiques D'Ile de France dont l'objet est de faciliter l'accès aux soins dentaires pour les personnes handicapées en Ile de France.

À travers ce document, je confirme :

- mon accord avec la charte du réseau dont je reconnais avoir reçu un exemplaire,
- mon accord avec les droits et engagements liés à cette adhésion, tels qu'énoncés ci-dessous.

La présente inscription sera systématiquement notifiée au Conseil de l'Ordre par le réseau sous forme de liste d'adhérents. Il ne s'agit là que d'une information dans l'intérêt des praticiens.

Article 1 : Mes droits

- Bénéficier des formations dispensées par le réseau, selon les modalités prévues par celui-ci.
- Etre référencé dans l'annuaire des professionnels de santé adhérant au réseau
- Pouvoir quitter le réseau à tout moment.
- Recevoir les prestations dérogatoires selon les modalités prévues par le réseau.

Article 2 : Mes engagements

Je m'engage, de par mon adhésion au réseau à :

- Mettre en œuvre les référentiels et les protocoles de suivi élaborés par le réseau.
- Effectuer les examens de dépistage et les soins bucco dentaires selon le protocole défini par le réseau.
- Informer la cellule de suivi du réseau en cas de changement de domicile et/ou d'exercice.
- Participer à la(les) réunion(s) annuelle(s) des membres du réseau.
- Suivre les formations prévues dans le cadre du réseau
- Participer à l'évaluation annuelle du réseau (questionnaire papier et/ou entretien téléphonique).
- Garantir la continuité de la prise en charge
- Garantir le respect de la réglementation
- Avertir de mon départ la cellule de suivi, au moins un mois au préalable.

Mon adhésion au réseau ne me décharge en rien de ma responsabilité vis-à-vis de mes obligations déontologiques.

Je déclare posséder une assurance professionnelle pour tous les actes pour lesquels je pourrais être mis en cause.

Fait à : _____, le _____

Tampon

Signature

précédée de la mention manuscrite

«j'accepte la charte du réseau et déclare vouloir y adhérer»