

Démarche : Fichier PS : Installation "médecin"

Organisme : Caisse Primaire d'Assurance Maladie - Pôle Professionnels de santé

Identité du demandeur

Email	
Civilité	
Nom	
Prénom	

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet au médecin de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour une nouvelle installation dans la Manche.

Identification

Votre nom

Votre prénom

Votre numéro RPPS

Numéro composé de 11 caractères

Votre numéro de sécurité sociale

Dans quel département souhaitez-vous vous installer ?

Indiquez le numéro du département

Votre adresse professionnelle

Merci d'indiquer votre adresse professionnelle si vous avez connaissance de votre lieu d'implantation

Fichier PS : Installation "médecin"

Votre adresse personnelle

Votre adresse email

Votre numéro de téléphone

Adhésion à la convention nationale

En cochant cette case, j'atteste adhérer à la convention nationale.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Votre choix de secteur

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Secteur 1

☐ Secteur 2

Pièces justificatives à fournir

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre RIB/IBAN professionnel

Précisions sur votre projet d'installation

Vos précisions

Engagement

En cochant cette case, je certifie conforme les saisies et je signe ma déclaration.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Fait à :

Indiquez la commune

Le :

--