

CONTRAT REGIONAL DE MEDECINE GENERALE

Formulaire de demande

à retourner par mail à l'adresse suivante accompagnés des pièces justificatives:

ars-hdf-installation@ars.sante.fr

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse personnelle :

Numéro de téléphone :

Mail :

Nom et adresse de la structure d'exercice :

.....

.....

Date d'installation dans la structure :

Date de la primo-installation :

Numéro RPPS :

Numéro AM (Assurance maladie) :

Numéro SIRET :

Signataire CESP (Contrat d'Engagement de Service Public) : oui non

Exercice coordonné :

Exerce en exercice coordonné reconnu par l'ARS Hauts-de-France

Précisez :

Au sein d'une Maison de Santé Pluri Professionnelle (MSP),

Au sein d'une équipe de soins primaires(ESP)

Adhérent à une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)

Merci d'annexer au formulaire tout document attestant de l'exercice coordonné

Jours travaillés :

M'engage à exercer au minimum 4.5 jours par semaine (indiquer les jours travaillés) et à favoriser la continuité des soins

Jours de présence	
Lundi matin <input type="checkbox"/>	Jeudi matin <input type="checkbox"/>
Lundi après-midi <input type="checkbox"/>	Jeudi après-midi <input type="checkbox"/>
Mardi matin <input type="checkbox"/>	Vendredi matin <input type="checkbox"/>
Mardi après-midi <input type="checkbox"/>	Vendredi après-midi <input type="checkbox"/>
Mercredi matin <input type="checkbox"/>	Samedi matin <input type="checkbox"/>
Mercredi après-midi <input type="checkbox"/>	

Secteur conventionnel :

- Secteur 1
- Autre secteur (préciser)

Permanence des Soins Ambulatoires

M'engage à participer à la permanence des soins ambulatoires

Déclare souhaiter adhérer au Contrat Régional de Médecine Générale (CRMG) destiné à favoriser l'installation des médecins généralistes libéraux dans les zones d'accompagnement régional en contrepartie du versement d'une rémunération complémentaire aux revenus des activités libérales de soins exercées en qualité de médecin généraliste.

Date :

Signature et cachet du médecin :

Pièces à fournir :

- un document attestant de l'exercice coordonné
- le projet professionnel
- un extrait au répertoire SIRENE
- Un RIB
- une attestation d'inscription (de mois de 3 mois) au Conseil de l'Ordre indiquant **la date de primo-installation.**