

ANNEXE 1

FORMULAIRE D'ADHESION A LA CONVENTION NATIONALE ENTRE LES CAISSES NATIONALES D'ASSURANCE MALADIE ET LES AUDIOPROTHESISTES DELIVRANCE DES PRODUITS ET PRESTATIONS INSCRITS AU TITRE II CHAPITRE 3 DE LA LISTE PREVUE A L'ARTICLE L.165-1 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

A REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL DEMANDANT A ADHERER A LA CONVENTION

Je soussigné,
représentant l'entreprise
forme juridique de l'entreprise:
exerçant l'activité de
adresse du local ou des locaux :¹

déclare gérer mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires qui lui sont applicables
et avoir pris connaissance de la convention nationale susmentionnée,

m'engage à en respecter tous les termes.

A , le

A REMPLIR PAR LA CAISSE D'ASSURANCE RETRAITE ET DE LA SANTE AU TRAVAIL

La Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail Rhône Alpes représentée par Monsieur le Directeur Général, Jacques KINER,

après avoir vérifié la régularité de la situation juridique de l'audioprothésiste et réalisé l'instruction du dossier en date du

reconnaît l'adhésion de ce professionnel à la convention nationale sus-mentionnée.

Fait en deux exemplaires entre les parties signataires.

LYON, le

Le Représentant de la Caisse d'Assurance Retraite
et de la Santé au Travail Rhône-Alpes

Le Prestataire²

¹ Préciser, le cas échéant, les modalités pratiques de l'exercice de l'activité, si elle est à temps partiel (jours et heures de présence obligatoire du professionnel ou du responsable technique pour recevoir les assurés) ou tout autre renseignement utile (autre adhésion conventionnelle dans une autre circonscription de caisses, etc).

² Indiquer clairement le nom du signataire, sa fonction et apposer le cachet de l'entreprise