

ANNEXE 1

**FORMULAIRE D'ADHESION A LA CONVENTION NATIONALE  
ENTRE LES TROIS CAISSES NATIONALES D'ASSURANCE MALADIE  
ET LES PODO-ORTHESISTES, LES OCULARISTES,  
LES EPITHESISTES ET LES ORTHOPROTHESISTES**

**DELIVRANCE DES PRODUITS ET PRESTATIONS INSCRITS AU TITRE II CHAPITRES 5, 6 ET 7  
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 : \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_ ,  
- \_\_\_\_\_ ,  
- \_\_\_\_\_ ;<sup>1</sup>

employant en tant que responsable(s) technique(s) compétent(s) au regard de la réglementation en vigueur :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ;

déclare 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 le respect des règles de compétence du professionnel et réalisé l'instruction du dossier en date du .....  
reconnait l'adhésion de ce professionnel à la convention nationale susmentionnée.

A LYON, le \_\_\_\_\_ .

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

Le professionnel<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Préciser, le cas échéant, les modalités pratiques d'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).

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