

FORMULAIRE D'ADHÉSION AU CONTRAT DE SOLIDARITÉ TERRITORIALE MÉDECIN (CSTM)

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du lieu de son exercice principal.

Je soussigné(e), NOM :

Prénom :

Numéro d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

.....

Secteur conventionnel :

- Secteur 1
- Secteur 2, ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Modalités d'adhésion :

- M'engage à réaliser une partie de mon activité libérale représentant minimum 10 jours durant l'année dans une zone sous dotée.

Déclare souhaiter adhérer au Contrat de solidarité territoriale médecin ayant pour objectif d'inciter les médecins n'exerçant pas dans une zone sous dotée à consacrer une partie de leur activité libérale pour apporter leur aide à leurs confrères exerçant dans ces zones et m'engage à respecter les dispositions de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel du 20/10/2016.

Cachet du médecin

Fait à le

Signature du médecin