**Formulaire d’adhésion à une équipe de soins spécialisés (ESS)**

Le présent formulaire répond à la condition du seuil minimal d’adhérents à l’ESS. Le professionnel de santé est considéré comme adhérant de l’ESS dès lors qu’il s’est engagé à répondre aux différentes missions et activités de l’ESS, et qu’il a signé le formulaire d’adhésion afin de marquer son engagement à une ESS.

Ce formulaire d’adhésion est une pièce justificative à remplir par le médecin que le remet à son ESS pour transmission à la caisse de rattachement.

Identification du médecin :

Je soussigné (e),  
Nom :

Prénom :

Spécialité :

Adresse : :   
N° d'inscription à l'Ordre (RPPS) :

N° Assurance maladie :

Déclare adhérer à l’ESS [nom de la spécialité] se situant sur le territoire de [nom du territoire/département/région] et s’engager à répondre aux missions de l’ESS.

Fait à

Le

Signature du médecin

Adhésion enregistrée par la caisse primaire le :

Fait à

Le

Cachet de l’ESS : Cachet de la caisse primaire :