



CAISSE GENERALE DE SECURITE SOCIALE DE LA REUNION



ANNEXE 1a FORMULAIRE D'ADHESION A LA CONVENTION NATIONALE DES PROFESSIONNELS DE L'APPAREILLAGE TITRES II Chap. 1, 5, 6 et 7 de la LPP

A REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE DEMANDANT A ADHERER A LA CONVENTION

Je soussigné(e)
 représentant la personne morale :
 forme juridique :
 numéro SIREN :
 exerçant l'activité de
 adresse du local ou des locaux dans la circonscription : (1)

	adresse	jours et heures de réception des assurés
Local 1 :
Local 2 :
Local 3 :

aire géographique autorisée par l'Agence Régionale de Santé pour l'oxygénothérapie : (2)

déclare gérer mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions légales et réglementaires en vigueur et avoir pris connaissance de la convention nationale susmentionnée dont je m'engage à respecter tous les termes.

A, le

A REMPLIR PAR LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE

Je soussigné, Directeur de la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Réunion
 après avoir vérifié la régularité de la situation juridique du prestataire et avoir effectué un contrôle favorable du local
 ou des locaux où il exerce, reconnais l'adhésion de ce professionnel à la convention nationale susmentionnée.

Numéro d'identification Assurance Maladie attribué :

A, le

**Le Directeur de la Caisse Générale
de Sécurité Sociale de la Réunion**

Le Prestataire

(1) Joindre KBIS et fiche INSEE

(2) Joindre une copie de la décision notifiée par l'Agence Régionale de Santé ou inscrire : « Pas d'activité dans ce secteur »