

INFORMATION

➢ L'opticien doit obligatoirement signaler à la CGSS le départ de son responsable technique, au moins 15 jours avant la date effective de départ.

➢ Cette déclaration et les pièces justificatives sont à retourner :

en **courrier R+AR** à l'adresse suivante :

Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Réunion - Service Relations avec les Professionnels de Santé
4 Boulevard DORET CS 53001 – 97741 SAINT DENIS CEDEX 9

Ou **par courriel** à l'adresse suivante : rps@cgss.re

DECLARATION DEPART

 ET / OU

 DECLARATION REMPLACEMENT

Numéro AM (agrément) attribué à l'établissement concerné :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IDENTIFICATION DE L'ETABLISSEMENT

Raison sociale / forme juridique : _____

Enseigne : _____

Adresse du siège social : _____

CP / Ville :

--	--	--	--	--	--

N° SIRET :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fax :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-Mail : _____

PIÈCES À FOURNIR

➢ La photocopie de la fiche de situation ADELI des opticiens intégrant l'établissement ou à défaut, la photocopie du diplôme (BTS) des opticiens intégrant l'établissement et leur numéro ADELI

ATTESTATION DU REPRESENTANT JURIDIQUE

Je soussigné (NOM Prénom) : _____

CERTIFIE exact les renseignements figurant sur cette déclaration.

M'ENGAGE à ce que la présence effective du personnel qualifié soit toujours garantie aux jours et heures d'ouverture de l'établissement désigné ci-dessus.

Fait le :

Signature :

Pour tout complément d'information, vous pouvez poser vos questions par courriel à l'adresse : rps@cgss.re

OPTICIEN(S) ENTRANT ET SORTANT

Le prestataire s'engage à ce que la présence effective du personnel qualifié soit toujours garantie aux jours et heures d'ouverture du local qu'il entend réserver à l'accueil des assurés.
 (Veuillez renseigner les dates d'entrée ou de départ des opticiens)

1

Départ: **Entrée:**

Nom : _____

Prénom(s) : _____

N° sécurité sociale : **N° ADELI :**

Diplôme optique - Nature : _____ **Année d'obtention :**

Début d'activité : **Qualification :** _____

Jours et heures de présence : _____

2

Départ: **Entrée:**

Nom : _____

Prénom(s) : _____

N° sécurité sociale : **N° ADELI :**

Diplôme optique - Nature : _____ **Année d'obtention :**

Début d'activité : **Qualification :** _____

Jours et heures de présence : _____

3

Départ: **Entrée:**

Nom : _____

Prénom(s) : _____

N° sécurité sociale : **N° ADELI :**

Diplôme optique - Nature : _____ **Année d'obtention :**

Début d'activité : **Qualification :** _____

Jours et heures de présence : _____