



ENGAGEMENT

Je soussigné (NOM Prénom) : _____

CERTIFIE exact les renseignements figurant ci-dessus

M'ENGAGE À :

- **Gérer** mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions légales et réglementaires qui lui sont applicables.
- **Signaler** dans le délai d'un mois tout changement de nature à modifier les conditions de l'adhésion tel que déménagement, cession du fond, fusion, reprise totale ou partielle de la structure, cessation d'activité du personnel compétent déclaré.
- **Accepter** tout contrôle des Caisses d'Assurance Maladie.

Fait-le :

Signature :

Ce questionnaire et les pièces justificatives doivent être retournés par courrier à l'adresse suivante :

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

Pour tout complément d'information, vous pouvez poser vos questions par E-mail à l'adresse : psinstallation@cgss.re