



**FORMULAIRE D'ADHESION A LA CONVENTION NATIONALE  
ENTRE LES CAISSES NATIONALES D'ASSURANCE  
MALADIE ET LES AUDIOPROTHÉSISTES**  
Titre II Chap.3 de la Liste des Produits et Prestations.

**À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL DEMANDANT À ADHÉRER À LA CONVENTION**

Je soussigné .....  
 représentant de l'entreprise .....  
 forme juridique de l'entreprise .....  
 exerçant l'activité de .....  
 adresse du local ou des locaux :

.....  
 .....  
 .....

employant en tant que responsable(s) technique(s) compétent(s) au regard de la réglementation en  
 vigueur : .....  
 .....

déclare avoir pris connaissance de la convention locale susmentionnée, et m'engage à en respecter tous  
 les termes.

À ....., le .....

**À REMPLIR PAR LA CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA RÉUNION**

Je soussigné .....  
 Directeur de la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Réunion,

après avoir vérifié le respect des règles de compétence du professionnel reconnais l'adhésion de ce  
 professionnel à la convention locale susmentionnée.

Numéro AM Attribué :

À ....., le .....

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

Le professionnel