



**FORMULAIRE D'ADHESION A LA CONVENTION NATIONALE
ENTRE LES CAISSES NATIONALES D'ASSURANCE MALADIE
ET LES OPTICIENS**

A REMPLIR PAR L'OPTICIEN DEMANDANT A ADHERER A LA CONVENTION

Je soussigné.....

Représentant l'entreprise.....

Forme juridique de l'entreprise :.....

Adresse du siège social :

Exerçant l'activité de

Adresse du local :

à conventionner

déclare gérer mon activité en conformité avec l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires qui lui sont applicables et avoir pris connaissance de la convention nationale susmentionnée,

m'engage à en respecter tous les termes.

A....., le.....

A REMPLIR PAR LA CAISSE GENERALE DE SECURITE SOCIALE

Je soussigné.....
Directeur de la Caisse Générale de Sécurité Sociale de la RÉUNION

après avoir vérifié la régularité de la situation juridique de l'opticien,
reconnais l'adhésion de ce professionnel à la convention nationale susmentionnée.

N° AM attribué :

A, le

Signature :

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

Le prestataire,