

**FORMULAIRE D’ADHESION A LA
CONVENTION D’AIDE AU DEVELOPPEMENT DE L’EXERCICE COORDONNE (ADEC)**

Présentation du médecin

Nom, Prénom :

Inscrit au tableau de l’ordre départemental de :

Numéro RPPS :

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

Numéro SIRET :

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

Adresse Professionnelle :

Mail :

Téléphone :

Attestation

J’atteste sur l’honneur m’engager à :

- exercer en libéral conventionné, secteur 1, pour une durée de 5 ans minimum,
 - o au sein de la commune de actuellement classée en zone hors vivier dans le zonage médecin en vigueur à ce jour
 - o pour une activité temps plein (plus de 8 demi-journées par semaine) à savoir les :
.....

- réaliser une partie de mon activité libérale ou de remplacement ou salariée en Zone d’Intervention Prioritaire ou en Zone d’Action Complémentaire à hauteur de 10 jours / an minimum

- participer au dispositif de Permanence des Soins Ambulatoires

Date

Signature



FORMULAIRE D'ADHESION A LA CONVENTION D'AIDE AU DEVELOPPEMENT DE L'EXERCICE COORDONNE (ADEC)

Liste des pièces à fournir à la demande

- Projet de santé formalisé par les membres du groupe, de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, de l'Equipe de Soins Primaires ou de la Maison de santé pluriprofessionnelle datant de moins de 5 ans ou lettre d'engagement à exercer en mode d'exercice coordonné dans les 5 ans
- Liste des professionnels de santé impliqués dans le projet de santé, le cas échéant
- Dérogation du CDOM pour l'exemption de Permanence des soins ambulatoires (le cas échéant)
- Relevé d'Identité Bancaire(RIB)
- Certificat d'inscription SIRET

Pièces complémentaires à fournir au plus tard avant le second versement à un an concernant la condition d'activité de 10 jours minimum / an en Zone d'Intervention Prioritaire ou en Zone d'Action Complémentaire

- Si activité libérale : autorisation d'exercice délivrée par le CDOM pour un exercice en multi sites (article R4124-85 du code de santé publique)
 - Si activité de remplacement : contrat de remplacement
 - Si activité salariée : contrat de travail
-
- Votre formulaire d'adhésion est à renvoyer à l'ARS à votre correspondant de délégation départementale ([coordonnées p.9 du guide des aides](#)).