

Bulletin à envoyer à Handident Franche-Comté :  
Handident Franche-Comté  
Maison Dentaire  
16 rue Ambroise Paré  
25000 Besançon



[handidentdoubs@orange.fr](mailto:handidentdoubs@orange.fr)

Téléphone : 03 81 80 56 76 le matin de 8h30 à 12h30 du lundi au vendredi  
[www.handident-franche-comte.fr](http://www.handident-franche-comte.fr)

**BULLETIN D'ADHESION AU RESEAU DE SANTE BUCCO-DENTAIRE D'UN PROFESSIONNEL DE SANTE**

Je, soussigné(e)

NOM  Prénom

ADRESSE

PROFESSION

Exerçant à titre :  libéral  salarié

N° ADELI :

N° SIRET :

Téléphone Fixe :  Portable :

Adresse mail :  @

Déclare

- Avoir pris connaissance de la Convention Constitutive du Réseau Handident FC et en accepter les termes,
- Avoir pris connaissance de la Charte du Réseau Handident FC et m'engage à m'y conformer.

La Convention Constitutive et la Charte du réseau sont téléchargeables sur le site internet, rubrique « réseau ».

Document à retourner, dûment complété et signé, accompagné d'un RIB pour paiement des majorations d'honoraires.

Le (date)  à (lieu)

SIGNATURE du Professionnel de santé :

NB : Le professionnel de santé signataire est libre de résilier son engagement dans les conditions prévues à l'article 5 de la Convention Constitutive du réseau.

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles feront l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au pôle de coordination et de prévention de l'association ainsi qu'à son secrétariat. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Pour exercer ce droit, adressez-vous à Handident FC.