

FORMULAIRE D'ADHÉSION CAISSE PIVOT
à renvoyer à caissepivot.cpam67@cpam-basrhin.cnamts.fr

Je souhaite bénéficier du service « Caisse Pivot » proposé par les CPAM du Bas-Rhin et du Haut-Rhin en lien avec l'URMLA.

Dans ce cadre, je m'engage à transmettre, sous pli identifié, les feuilles de soins papier à l'adresse de la CPAM dont je dépends professionnellement.

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'utilisation du service « Caisse Pivot » mentionnées dans la notice explicative.

J'autorise la CPAM à utiliser mon adresse mail, telle que je l'ai indiquée ci-dessous, pour me transmettre toute information relative à mon activité professionnelle (1) :

oui non

La CPAM n'utilisera pas cette adresse à d'autres fins que celles rappelées ci-dessus et ne la communiquera pas à des tiers extérieurs à l'Assurance Maladie.

Nom :

Prénom :

Identifiant ADELI : /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_ /_/_/

E-mail :

Fait à

Le,

Cachet et signature :

(1) Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique ; les destinataires sont les CPAM du Bas-Rhin et du Haut-Rhin. Conformément à la loi informatique et liberté du 6 janvier 1978 modifiée du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Département Relations avec les Professionnels de Santé de la CPAM du Bas-Rhin à Strasbourg ou de la CPAM du Haut-Rhin à Colmar.

Les informations enregistrées sont réservées à l'usage des CPAM du Bas-Rhin et du Haut Rhin et ne feront l'objet d'aucune communication à des tiers.