



## CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES (Centre de santé) Formulaire d'adhésion

Ce document est à remplir par le centre de santé dentaire, ou le centre de santé polyvalent ayant une activité dentaire, qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'implantation. Cette dernière lui retournera un exemplaire.

### Identification du centre de santé dentaire ou du centre de santé polyvalent ayant une activité dentaire :

Je, soussigné (e),

Nom et prénom du représentant légal du centre : .....

Numéro d'identification du centre (FINESS): .....

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) : .....

.....

### Partie réservée à la CPAM :

Taux de dépassement moyen du centre de santé  
(du 01/07/2014 au 30/06/2015) : .....%

Déclare :

- 1° Avoir pris connaissance des dispositions du contrat telles qu'indiquées à l'annexe 20 du présent accord ;  
2° Adhérer à l'option conventionnelle et m'engager à en respecter les dispositions, pour une durée de 3 ans.

Cachet du centre de santé

Fait à .....

Le .....

Signature

### Accusé de réception de la caisse primaire

Adhésion enregistrée le .....

Adhésion non enregistrée

à effet du .....

Motif: .....

Cachet de la caisse

Date .....