

DEMANDE D'AIDE A L'INSTALLATION

Coordonnées du professionnel de santé

NOM : **PRENOM :**

Exerçant la profession de **N° RPPS :**

A l'adresse :

Code postal : Ville :

Tél :

Mail :

Je certifie par la présente être en conformité à la réglementation en vigueur de ma profession

Mon projet d'installation :

Exercice libéral

Exercice salarié au sein d'un centre de santé

Exercice mixte

Recherche de locaux professionnels :

à l'achat ou en location :

Surface (m2) : Nombre de pièces :

Autres demande :

J'accepte que mes données à caractère personnel soient recueillies par la CPTS afin de pouvoir m'accompagner dans mes démarches d'installation. Mes données ne seront pas utilisées à des fins de prospection ni de démarchage, ni ne seront revendues. J'accepte de recevoir toutes les informations utiles à l'objet de la CPTS Arve et Montagne.