

Nom de la Structure : .....  
 Nom du Directeur : .....  
 Adresse : .....  
 CP : ..... Ville : .....  
 N° tél. : ..... N° fax : .....  
 e-mail : .....  
 N° FINESS Géographique : ..... N° Siren : .....  
 N°FINESS Juridique : ..... N° Siret : .....

Secteur sanitaire		
<input type="checkbox"/> Etablissements publics <i>(Collège 1)</i>	<input type="checkbox"/> Etablissements privés <i>(Collège 2)</i>	<input type="checkbox"/> Etablissements privés à but non lucratif <i>(Collège 3)</i>
<input type="checkbox"/> Médecine Chirurgie Obstétrique <i>Activité= 100% des séjours HC + 25% des séjours ambulatoires + 10% des séances</i> <input type="checkbox"/> > 45.000 <input type="checkbox"/> 20.000 / 45.000 <input type="checkbox"/> 10.000 / 20.000 <input type="checkbox"/> 5.000/10.000 <input type="checkbox"/> < 5.000		
<input type="checkbox"/> Soins de suite et de rééducation <i>Activité= 100% des journées</i> <input type="checkbox"/> > 30.000 <input type="checkbox"/> < 30.000		
<input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Hôpital à domicile		

Secteur médico-social		
<input type="checkbox"/> Etablissements et services publics <i>(Collège 4)</i>	<input type="checkbox"/> Etablissements et services privés <i>(Collège 5)</i>	<input type="checkbox"/> Etablissements et services privés à but non lucratif <i>(Collège 6)</i>
<input type="checkbox"/> Personnes âgées / Personnes handicapées <input type="checkbox"/> > 250 places <input type="checkbox"/> 250 / 130 places <input type="checkbox"/> 130 / 90 places <input type="checkbox"/> < 90 places <input type="checkbox"/> Services		

Secteur libéral
<input type="checkbox"/> Professionnels libéraux de santé <i>(Collège 7)</i>

Autres acteurs de santé
<input type="checkbox"/> Réseaux de santé et autres organismes autorisés par l'ARS <i>(Collège 8)</i>

**MERCI DE DEFINIR UN "REFERENT GCS E-SANTE" AU SEIN DE VOTRE STRUCTURE**  
*(il sera invité à participer aux réunions, à l'assemblée générale, recevra les communications...)*

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction : .....

Tel : ..... Mail : .....

- j'ai pris connaissance des modalités de calcul concernant l'apport en capital et des frais de cotisations annuels  
 je m'engage à informer le GCS de toute modification liée à mon activité impactant le calcul de mon adhésion.

**DATE : ...../...../..... CACHET et SIGNATURE :**