

FORMULAIRE À RETOURNER COMPLÉTÉ À : contact@esante-paysdelaloire.fr

STRUCTURE ADHERENTE (entité juridique – siège social)

Nom de votre structure adhérente * :

Adresse du siège social :

CP : Ville :

N° SIREN :

N° FINESS juridique : N° FINESS géographique :

Statut : Public Privé à but non lucratif Privé à but lucratif

*merci d'annexer la liste de vos établissements situés en Pays de la Loire

CONTACT DU RÉFÉRENT (pour les invitations aux réunions, aux assemblées générales et la réception de nos communications officielles)

Nom : Prénom :

Nom de la structure :

Fonction :

Tél. :

Adresse e-mail :

CONTACT FACTURATION

Nom : Prénom :

Nom de la structure :

Adresse de facturation :

N° téléphone :

Adresse e-mail :

CHOIX DU MODE DE FACTURATION (cocher un des 3 modes possibles)

<input type="checkbox"/> CHORUS SIRET : Code service :	<input type="checkbox"/> E-mail comptable	<input type="checkbox"/> Courrier postal (préciser l'adresse)
--	---	---

TYPE DE STRUCTURE

SECTEUR SANITAIRE (Acteurs dont l'activité principale relève du champ sanitaire)

Établissements publics
(Collège 1)

Établissements privés
(Collège 2)

Établissements privés à but non lucratif
(Collège 3)

Médecine chirurgie obstétrique

Activité = 100% des séjours HC + 25% des séjours ambulatoires
+ 10% des séances

> 45 000 20 000/45 000

10 000/20 000 5 000/10 000 < 5 000

Soins de suite et de rééducation

Activité = 100% des journées

> 30 000 < 30 000

Psychiatrie

Hôpital à domicile

SECTEUR MÉDICO-SOCIAL (Acteurs dont l'activité principale relève du champ médico-social)

Établissements et services publics
(Collège 4)

Établissements et services privés
(Collège 5)

Établissements et services privés
à but non lucratif (Collège 6)

Personnes âgées / Personnes handicapées

> 250 places 250/130 places 130/90 places

< 90 places Services

SECTEUR LIBÉRAL

Professionnel libéral de santé (Collège 7)

RÉSEAUX DE SANTÉ ET AUTRES ORGANISMES

Réseaux de santé et autres organismes autorisés par l'ARS (Collège 8)

COLLECTIVITÉS TERRITORIALES

Collectivités territoriales (Collège 9)

Je m'engage à informer le GCS de toute modification liée à mon activité impactant le calcul de mon adhésion

Prénom/Nom.....

Date :

Cachet et signature :