



## DEMANDE D'ACCES ET D'ABONNEMENT AU PORTAIL F.S.E. DES CAISSES SOCIALES DE MONACO

Je soussigné(e), Nom : .....

Prénom : .....

Docteur en médecine, inscrit au Tableau de l'Ordre des Médecins des Alpes Maritimes

en qualité de Médecin.....

Déclare avoir reçu un exemplaire du contrat de mise à disposition du Service Feuille de Soins Electronique.

Je reconnais avoir pris connaissance des termes de ce contrat et affirme « les approuver personnellement sans aucune exception ni réserve ».

En conséquence, je sollicite l'accès au Service Internet visé et ce pour la durée prévue à l'article 12.

Je déclare en outre

- disposer d'une carte de professionnel de santé diffusée par le GIP « CPS » dont le N° d'authentification est : ..... (\*)
- qu'il m'est délivré ce jour un identifiant, un mot de passe et une grille de codes, destinés à m'identifier personnellement aux fins d'accès à ce service.

Je demande que les informations non confidentielles susceptibles de m'être adressées par messagerie électronique non sécurisée soient transmises à l'adresse suivante :

..... @ ..... (\*)

Tel : .....

Fax : .....

Cachet :

Fait à Monaco, le .....

Signature (précédée de la mention manuscrite  
« Lu et Approuvé »)

### (\*) zone obligatoire

" En vertu des dispositions de la Loi n° 1165 du 23/12/1993, modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant "

201106300408