



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ADHESION
AU RESEAU REGIONAL DE CANCEROLOGIE ONCOPACA-Corse
Association Loi 1901
Collège des Etablissements de Santé Privés

Document à retourner à l'adresse suivante :
Réseau Régional de Cancérologie ONCOPACA-Corse
Hôpitaux sud- 270, bd Sainte Marguerite 13009 Marseille

CELLULE DE COORDINATION
Secrétariat ☎04 91 74 49 56 ou 58
e-mail : secretariat@oncopaca.org

Nom de l'Etablissement :
Adresse complète :
.....
No FINESS :
Site web éventuel :
Directeur:.....
Téléphone : **Email :**

L'Etablissement, (et à ce titre les médecins qui s'y rattachent et l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients), souhaite adhérer à l'Association loi 1901 régissant le Réseau Régional de Cancérologie ONCOPACA-Corse et sollicite pour ce faire l'agrément en qualité de membre actif par le Conseil d'Administration en application des dispositions de l'article 5 des Statuts, dans le **Collège des Etablissements de Santé Privés**.

L'adhésion au réseau nous engage :

- A respecter les Statuts et le Règlement intérieur du réseau ONCOPACA-Corse (consultation sur le site internet www.oncopaca.org).
- A ne pas utiliser notre participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion personnelle ou de publicité.
- A garantir le respect des droits des malades, leur droit à l'information, leurs droits en terme de protection des données individuelles.
- A un strict respect des règles déontologiques médicales et à une démarche qualité et d'évaluation active et transparente.

L'établissement et l'ensemble des personnels qui s'y rattachent reconnaissent et acceptent que les informations les concernant soient informatisées dans le but de gérer l'annuaire du réseau ONCOPACA-Corse publié sur le site oncopaca.org

Conformément à l'article 36 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, l'établissement peut exercer son droit d'accès et de modification des informations le concernant.

Afin de faciliter les échanges entre le réseau et notre établissement, **veuillez trouver ci-joint les contacts et coordonnées des médecins et professionnels de santé de notre établissement** impliqués dans la prise en charge des patients atteints de cancer.

Veuillez trouver ci-joint un chèque de **cent euros (100,00 €)** pour valider notre adhésion au réseau. Cette cotisation initiale sera suivie d'une cotisation annuelle du même montant.

Le Directeur :
Signature et cachet :
Date :