



## Adhésion des professionnels de santé au Réseau SDS Bretagne

Je soussigné (e) .....

domicilié (e) .....

Tél. .... N° Portable .....

Courriel .....

déclare adhérer au réseau « Soins Dentaires Spécifiques » Bretagne (SDS) dont l'objet est de faciliter, sur la Bretagne, l'accès aux soins dentaires, pour les personnes handicapées, pour les personnes âgées en perte d'autonomie.

À travers ce document, je confirme :

- mon accord avec la charte et la convention constitutive du réseau,
- mon accord avec les droits et engagements liés à cette adhésion, tels qu'énoncés ci-dessous.

### Article 1 : Mes droits

- Bénéficier des formations dispensées par le réseau, selon les modalités prévues par celui-ci.
- Être référencé dans l'annuaire des professionnels de santé adhérant au réseau, tenu à jour par le groupe de coordination.
- De recevoir les prestations dérogatoires selon les modalités prévues par le réseau.

### Article 2 : Mes engagements

Je m'engage, de par mon adhésion au réseau à :

- Mettre en œuvre les référentiels et les protocoles de suivi élaborés par le réseau.
- Effectuer les examens de dépistage et les soins bucco dentaires selon le protocole défini par le réseau.
- Informer la cellule de suivi du réseau en cas de changement de domicile et/ou d'exercice.
- Participer à la réunion annuelle des membres du réseau.
- Participer à l'évaluation, annuelle du réseau (questionnaire papier et/ou entretien téléphonique).
- Avertir de mon départ le groupe de coordination ou le coordinateur local, au moins trois mois au préalable.

Mon adhésion au réseau ne me décharge en rien de ma responsabilité vis-à-vis de mes obligations déontologiques.

Je déclare posséder une assurance professionnelle pour tous les actes pour lesquels je pourrais être mis en cause.

Fait à : ..... Le .....

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »