En adhérant à la FNCS, vous rejoignez un réseau de gestionnaires de centres de santé. Les membres adhérents de la FNCS peuvent :

* publier des offres d'emploi sur l'espace emploi FNCS : 29 579 consultations en 2018
* échanger avec les autres gestionnaires pour mutualiser les savoirs
* consulter des documentations de gestion
* se faire représenter auprès des pouvoirs publics
* participer à des séminaires thématiques organisés par la FNCS
* siéger dans les commissions paritaires *(uniquement les membres actifs)*
* représenter la FNCS auprès des institutions régionales *(uniquement les membres actifs)*

 …….

L'adhésion est valable pour l'année civile en cours. Elle est reconduite tacitement chaque année par un appel à cotisation transmis au gestionnaire au plus tard au mois de janvier.

La FNCS transmet très régulièrement des informations à ses adhérents. **Dans le cadre de la RGPD** nous vous informons que des comptes seront créés à partir des adresses mails que vous nous aurez communiquées dans ce bulletin. A nous retourner dûment rempli à l'adresse contact@fncs.org.

Pour plus d'information appeler au 01 48 51 56 22 du lundi au vendredi de 14h à 18h.

**Calcul de votre cotisation :** Le gestionnaire adhère à la FNCS pour l’ensemble des centres de santé qu’il gère. Pour les porteurs de projets dont le centre n'a pas ouvert ses portes, seule la part gestionnaire sera acquittée. La cotisation est composée ainsi :

 **1 - gestionnaires de centre de santé : membre actif**

* Une part gestionnaire 440 €

+ une cotisation selon l'activité et pour chacun des centres en activité

* + - * Une part « activité médicale ou paramédicale» : 445 € pour chaque centre
			* Une part « activité dentaire » : 445 € pour chaque centre

Ainsi un gestionnaire qui porte 3 centres s’acquittera de la part gestionnaire + pour chacun de ses centres de la part service médical et/ou dentaire.

 **2 - porteurs de projet de création de centre de santé**

 **porteur de projet de médicalisation de centre infirmier**

* + - * **La cotisation annuelle 440 €**

J'ai pris connaissance des [statuts de la FNCS en ligne ICI](https://www.fncs.org/nos-statuts).

 **Vous êtes :**

 **1 GESTIONNAIRE DE CENTRE(S) DE SANTE : **

ou **2PORTEUR DE PROJET DE CREATION D'UN CENTRE DE SANTE : **

**Le(s) centre(s )de santé  sont ou seront portés par :**

  Municipalité  Conseil départemental  Communauté de Commune

  Association  organisme mutualiste  Établissement de santé

  SCIC  Autre :………………………………………………

 **Nom de la personne morale[[1]](#footnote-1)**: ……………………………………………………………………………….

 Adresse : …..………………………………………………………….……… code postal :……………….

 Commune : ………………………………………………………………… Tél. : ……………………………………

 **Nom du responsable légal[[2]](#footnote-2)**: : ……………………………………………………

 Titre(s) : ………………………………………………………………….

 Mail …………………………………………………. - Tél. : ………………………………………………….

 Pour les municipalité Adjoint(e) à la Santé : …..…………………………

 Mail …………………………………………………. - Tél. : ………………………………………………….

 (*facultatif*) Représentant désigné par le responsable légal : ………………………………………………………….

 Fonction : ………………………………………………...…

 Mail …………………………………………………. - Tél. : ………………………………………………….

En adhérent à la FNCS,

Je m'engage à œuvrer au développement d'une offre de soins de qualité accessible à tous

J'ai consulté la charte éthique publiée en ligne sur le site de la FNCS : [https://www.fncs.org/Charteethique.pdf](https://www.fncs.org/sites/default/files/Charte_ethique_FNCS_adopte_CA_11_06_19_pour_AG_du_29_06_19.pdf)

Je déclare avoir pris connaissance de la charte éthique et m'engage à en respecter les termes

Fait à ……………………………………….. Signature du gestionnaire ou de son représentant

le ……………………………………………

Pour mieux connaître vos centres de santé et adapter nos services, vous voudrez bien nous communiquer vos **projets de santé et règlement intérieur\*.** Pour les centres gérés par une association, vous voudrez bien nous communiquer **les statuts** de celle-ci.

**\***Ceci ne vaut pas pour les porteurs de projet n'ayant pas encore d'immatriculation Finess.

**NOMBRE DE CENTRES GERES :** un centre = une adresse postale = 1 n° FINESS

(1) centre médical (sans activité dentaire) : ….

(2) centre dentaire (activité dentaire uniquement) : ….

(3) centre polyvalent (médical **et** dentaire) : …..

Total nombre de service = (1) + (2) + (3) x 2  **=**

**FACTURATION :**

Destinataire : …………………………………………………………………………….……………………………………………………..

n° rue/bd : …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Code Postal : …………………………………… Ville : ………………………………………………………………………………………….

Contact gestion facturation : ………………………………………………………………………………………….

N° Tel. :…………………………………………………..… Mail : ……………………………………………………..

**MODE DE PAIEMENT**

 Chèque

 Mandatement administratif (VIRMT)

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMATIONS RELATIVES AUX CENTRES DE SANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Centre N°1**  | N° FINESS : |

**Nom du centre :**Adresse :
Code Postal :

Ville :

Tél. :
Mail :

**Direction médicale assurée par :**

Tél.
Mail :

**Direction administrative assurée par :**
Tél. :
Mail :

**Autres destinataires de nos informations :**
Fonction :
Nom/Prénom :
Mail :
Fonction :
Nom/Prénom :
Mail :

|  |  |
| --- | --- |
| **Centre N°2** | N° FINESS : |

**Nom du centre :**Adresse :
Code Postal :

Ville :

Tél. :
Mail :

**Direction médicale assurée par :**

Tél.
Mail :

**Direction administrative assurée par :**
Tél. :
Mail :

**Autres destinataires de nos informations :**Fonction :
Nom/Prénom :
Mail :
Fonction :
Nom/Prénom :
Mail :

|  |  |
| --- | --- |
| **Centre N°3** | N° FINESS : |

**Nom du centre :**Adresse :
Code Postal :

Ville :

Tél. :
Mail :

**Direction médicale assurée par :**

Tél.
Mail :

**Direction administrative assurée par :**
Tél. :
Mail :

**Autres destinataires de nos informations :**Fonction :
Nom/Prénom :
Mail :
Fonction :
Nom/Prénom :
Mail :

|  |  |
| --- | --- |
| **Centre N°4** |  **N° FINESS :**  |

**Nom du centre :**Adresse :
Code Postal :

Ville :

Tél. :
Mail :

**Direction médicale assurée par :**

Tél.
Mail :

**Direction administrative assurée par :**
Tél. :
Mail :

**Autres destinataires de nos informations :**Fonction :
Nom/Prénom :
Mail :
Fonction :
Nom/Prénom :
Mail :

|  |  |
| --- | --- |
| **Centre N°5** |  **N° FINESS :** |

**Nom du centre :**Adresse :
Code Postal :

Ville :

Tél. :
Mail :

**Direction médicale assurée par :**

Tél.
Mail :

**Direction administrative assurée par :**
Tél. :
Mail :

**Autres destinataires de nos informations :**Fonction :
Nom/Prénom :
Mail :
Fonction :
Nom/Prénom :
Mail :

1. Mairie de ……….. ou nom de l'association ou nom de l'organisme mutualiste etc.………... [↑](#footnote-ref-1)
2. Nom du Maire ou du Président de la communauté de commune, du département, de l'association, etc……. [↑](#footnote-ref-2)