☐ ADHESION ou ☐ RENOUVELLEMENT D'ADHESION A L'ASSOCIATION PARIS DIABETE
Année 2023

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom :……Prénom :……

Profession :……N°Siret : ……

Adresse :
……

Code Postal : …… Ville……

Téléphone fixe : …… Téléphone portable : ……

Mail : en lettres majuscule
……@……

☐ J'adhère à l'association Paris Diabète

(Si vous avez déjà cotisé pour l'année en cours à l'une des associations membre du Réseau Régional Diabète R2D, il n'est pas nécessaire de cotiser à nouveau, il faudra uniquement nous fournir votre justificatif de cotisation)*

Et adresse :
☐ un chèque de 22 euros établi **à l'ordre de « Association Paris Diabète »**
☐ un virement de 22 euros libellé de la manière suivante : **« Cotisation 2023 NOM PRENOM »**

IBAN (International Bank Account Number)
FR76 1027 8061 2000 0203 7940 151

BIC (Bank Identifier Code)
CMCIFR2A

J'accepte de recevoir par mail les invitations aux Rencontres Paris Diabète et autres formations/informations que propose l'Association
☐ Oui
☐ Non

Je souhaite faire partie de l'équipe des animateurs des ateliers d'éducation thérapeutique
☐ Oui (il est nécessaire d'avoir fait la formation certifiante à l'ETP)
☐ Non

Fait le …… / …… / ……
A ……

Cachet et signature

*Les membres du Réseau Régional Diabète R2D sont les associations Diabète 92, Paris Diabète et Revesdiab

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Tournez SVP ->

Paris Diabète

Charte de l'Association

Les professionnels de santé qui adhèrent à l'Association Paris Diabète conviennent de définir et de mettre en œuvre en commun un ensemble de dispositions visant à améliorer la prise en charge des diabétiques parisiens. Dans ce but, ils s'accordent pour participer à un fonctionnement coordonné permettant de conjuguer leurs compétences, dans le respect des rôles de chacun, et de faire émerger au sein de l'Association une compétence collective, au bénéfice des patients. Ce fonctionnement repose sur les principes suivants :

- le partenariat entre les membres de l'Association, impliquant une répartition des interventions selon les attributions de chacun, à égalité de droit et de devoir;

- la mise en œuvre de règles de bonne pratique basée sur des référentiels consensuels, visant à une détection précoce des difficultés des patients;

- l'adhésion volontaire du patient à l'Association;

- l'orientation de chaque patient vers les ressources de compétences les mieux adaptées à son état;

- un accès facilité à des prestations de proximité, à visée éducative et préventive, visant à rendre le patient acteur dans la maîtrise de sa maladie;

- un effort permanent de communication par le partage d'information, entre intervenants autour d'un même patient, avec l'accord de celui-ci;

- une recherche permanente de qualité, par la contribution de chaque membre de l'Association à l'évaluation des activités entreprises;

- l'entretien et l'adaptation des compétences de chacun;

- la reconnaissance de l'ensemble des fonctions assumées par chacun des professionnels et sa rémunération telle qu'elle est prévue par le Conseil d'Administration.

Contrat du professionnel

J'accepte de participer aux activités de cette Association aux conditions suivantes :

1. Travailler en partenariat avec les autres membres de l'Association pour une prise en charge globale et coordonnée des patients.

2. Réunir les compétences professionnelles nécessaires à la prise en charge des patients, notamment en participant à des actions de formation inter-professionnelles, à l'initiative de l'Association.

3. Proposer le plus largement possible aux patients diabétiques d'adhérer à l'Association.

4. Mettre en œuvre les référentiels de pratiques définis au sein de l'Association.

5. Accepter la mise en commun d'informations relatives aux patients et participer au recueil de données, dans le respect du secret médical.

6. Contribuer aux évaluations des activités entreprises par la transmission de données.

7. Participer à l'actualisation du fonctionnement de l'Association.

En contrepartie, je bénéficierai de la part de l'Association :

1. Des rémunérations proposées par l'Association en lien avec ma participation, selon des critères annoncés ;

2. Du droit d'être associé aux différentes publications ou interventions faites au nom de l'Association

Nom :
Prénom :
Signature et cachet du professionnel: