

*Dr Prénom NOM,
Adresse
Téléphone
Mail
RPPS/ADELI*

CPAM de
Direction des Services aux Professionnels de Santé
Adresse CPAM.....

Le

Objet : Demande d'aide à la prise en charge de la prime de responsabilité civile professionnelle
Envoi en Recommandé avec Accusé de réception

Madame, Monsieur,

Je sollicite le versement de l'aide à la prise en charge de la prime de responsabilité civile professionnelle au titre de l'année

Je vous rappelle que mon organisme agréé est l'association GYNERISQ :
GYNERISQ, 6 rue PETRARQUE, 31000 TOULOUSE

A cette fin, vous trouverez en pièce jointe les justificatifs nécessaires :

- Copie du certificat d'accréditation délivré par la Haute Autorité de Santé (HAS)
- Copie du contrat d'assurance
- Attestation / Facture acquittée de paiement de ma prime d'assurance pour l'année

Je vous prie de bien vouloir agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Docteur Prénom NOM

(Signature)