|  |
| --- |
| **NOM, Prénom :**  **Profession libérale :**  **Adresse postale :**  **Adresse email :**  **N° ADELI / RPPS :** |

À l’intention de :

**L’institution Hygie**

**91 avenue d’Alsace Lorraine**

**91550 Paray-Vieille-Poste**

|  |
| --- |
| **NOTE D’HONORAIRES – PARTICIPANT**  **Dans le cadre d’activités relevant de l’expérimentation nationale associée à l’article 51 *« innovation en santé »* et des missions portées par l’Institution Hygie dans le cadre de l’incitation pour une prise en charge partagée (IPEP)** |

**DATE :**

**OBJET / DESCRIPTION / CADRE** :

* Correspondant à ma participation à la réalisation suivante : **Passation d’une enquête territoriale destinée aux structures et professionnels de santé installés ou agissant sur le territoire de la CPTS Nord-Essonne Hygie et visant à établir l’état des lieux des pratiques sur le territoire**
* Dans le cadre du projet : **Expérimentation IPEP**
* Dont la structure porteuse est : **L’Institution Hygie**

**DÉTAIL DES RÉALISATIONS :**

* Période ou date(s) :
* Motif(s) / Réalisation(s) : **Réponse à l’enquête territoriale**
* **Capture d’écran** de la confirmation de la complétion de l’enquête :

|  |
| --- |
|  |

* Montant : **25€** *(estimation : 10 à 15min pour la complétion du questionnaire)*

**MONTANT TOTAL : 25 €**

Je soussigné, ……………………………………………………………….. *[Nom Prénom du pro]* déclare me charger moi-même du paiement des charges liées selon la législation nationale.

En pièce jointe mon RIB pour règlement par virement.

À………………………………………………., le …………………………..

Signature :

***🡪 à renvoyer à hygie.asso@gmail.com***