

Charte d'adhésion CPTS Saint-Louis-Agglomération



En adhérant à la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Saint-Louis Agglomération, le professionnel ou la structure adhérente s'engage à respecter les principes, obligations et fonctions décrits ci-dessous.

Préambule

La CPTS Saint-Louis-Agglomération a pour mission de renforcer la coordination entre les professionnels de santé, d'améliorer les parcours de soins sur son territoire, de favoriser la prévention, la santé publique, l'innovation numérique et la coopération interprofessionnelle. L'adhésion suppose d'être en adéquation avec les valeurs et l'éthique de l'Association, ainsi qu'une coopération active au projet de santé selon la volonté et les disponibilités de chacun.

1. Participation

- [x] Je participe aux activités, réunions et groupes de travail selon mes possibilités.
- [x] Je suis présent(e) ou représenté(e) à l'assemblée générale annuelle de l'Association.

2. Données et outils numériques

- [x] Je fournis une adresse électronique professionnelle, une adresse postale et un numéro de téléphone où je peux être joignable.
- [x] J'accepte que la CPTS utilise mes données dans le cadre de ses missions et pour le partage de l'annuaire professionnel avec Saint-Louis-Agglomération, afin de faciliter les actions communes et la coordination des soins, dans le respect du RGPD.
- [x] J'utilise les outils numériques de la CPTS afin de favoriser une communication sécurisée.

3. Confidentialité et éthique

- [x] Je respecte la confidentialité des données et échanges autour des patients.
- [x] Je ne fais pas ni prospection ni démarchage au nom de la CPTS.
- [x] Je mets en œuvre les moyens nécessaires pour protéger les données.

4. Droit à l'image

- [x] J'autorise la CPTS à utiliser, dans le cadre de ses missions et communications, mon image, photos ou vidéos prises lors d'événements ou activités.
- [x] Cette autorisation peut être refusée en informant le Bureau par écrit à **CPTS Saint-Louis Agglomération 4 Rue Jean Monnet 68870 Bartenheim** ou par mail à : coordination.cpts.sla@gmail.com

5. Acceptation

En signant cette charte, je confirme avoir pris connaissance des engagements à respecter.

Nom :
Prénom :

Date :
Signature :