**Annexe 3 : Signature de la demande d’intervention dans les couts salariaux pour un groupement (association de fait)**

|  |
| --- |
| **SIGNATURE** |

La présente demande doit être signée, pour une **association de fait**, par chaque médecin généraliste qui fait partie du regroupement.

**Association de fait**

**Médecin généraliste 4:**

Nom :…………………………………………………………………………………… Prénom:……………………………………………………………………..

Fait à: ……………………………………………………………………………………………….. Le:…………………………………………………………………

Signature précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

**Médecin généraliste 5:**

Nom :…………………………………………………………………………………… Prénom:……………………………………………………………………..

Fait à: ……………………………………………………………………………………………….. Le:…………………………………………………………………

Signature précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

**Médecin généraliste 6:**

Nom :…………………………………………………………………………………… Prénom:……………………………………………………………………..

Fait à: ……………………………………………………………………………………………….. Le:…………………………………………………………………

Signature précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"