



CHARTRE ORL

LES RDV SOLIDAIRES



Nom : _____ **P**rénom : _____

Je suis un(e) Oto-Rhino-Laryngologiste et solidaire de l'association AuditionSolidarité.

Je m'engage pour une durée d'une année à compter de la signature de cette charte à :

- recevoir dans le cadre des RDV Solidaires au sein de mon cabinet médical, des personnes démunies malentendantes :
 - sans couverture sociale ➡ acte gratuit
 - bénéficiant de l'Aide Médicale d'Etat (AME) ➡ acte sur tarif de base sécurité sociale
- sensibiliser mes assistant.es.s au fait qu'ils.elles puissent recevoir un appel de Marion ou Marine chargées chez AuditionSolidarité de l'organisation des RDV Solidaires et acter la demande de rdv ;
- recevoir classiquement le patient et lui remettre si besoin son audiogramme et une ordonnance pour un appareillage auditif.

Je m'engage sur mon cabinet médical suivant :

(entité, adresse, n° téléphone, nombre de personnes démunies pouvant être accueillies par an)

E-mail	Adresse postale du cabinet	Téléphone	Nombre de personnes / an
			2 / 5 / autre : ____
			2 / 5 / autre : ____

À l'issue de la période d'une année à compter de la signature, et à défaut de dénonciation par tout moyen un mois au moins avant la date prévue de son expiration, le présent engagement se renouvelle par tacite reconduction par périodes successives d'une année.

Fait à _____ le _____

Mention « lu et approuvé », signature et tampon.



MERCI!!!