

**Convention entre les CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX TITULAIRES
VOLONTAIRES du territoire et la CPTS METZ et environs**

Je certifie Madame, Monsieur

- Être chirurgien-dentiste libéral diplômé d'État n° RPPS :
- Être inscrit à l'ordre des chirurgiens-dentistes n° :
- Exercer sur le territoire de la CPTS Metz & environs : <https://www.cpts-metz.fr/territoire/>
- M'engage à **adhérer à la CPTS Metz et environs** :
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSck0uJQYa80dgyE8gXcs8S8aY9IOU7pemPpLYmAljMtfNbfQ/viewform>
- Avoir pris connaissance **du mode d'injection du vaccin Pfizer**
https://www.cpts-metz.fr/wp-content/uploads/2021/07/fiche_a3_-_comirnaty-2-scaled.jpg
- Avoir pris connaissance du **mode de rémunération de ma mission** selon les directives conventionnelles CPAM : paiement au forfait de 280 euros/ 4h, bordereau à remplir à chaque vacation, validé et transmis par la CPTS Metz mensuellement à la CPAM qui rémunérera directement le chirurgien-dentiste :
<https://www.cpts-metz.fr/wp-content/uploads/2021/07/bordereau-vaccination-dentiste.pdf>
- Avoir pris connaissance et respecter les **directives organisationnelles** mises en place :
 - Arrivée 15 minutes avant la prise de poste pour installation informatique et ECPS et rencontre de l'équipe en poste.
 - Port d'une blouse (à apporter) et du badge CPTS (remis sur place)
 - Aucune seringue préparée ne peut sortir du centre de vaccination
- Avoir pris connaissance des modalités de vaccination, de contre-indications et d'effets indésirables :
<https://www.grand-est.ars.sante.fr/vaccination-covid-19-professionnels-de-sante>
<https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/effets-indesirables-lies-aux-vaccins-autorises-contre-la-covid-19-ce-quil-faut-savoir>
- M'engage à **prévenir en cas d'absence au 03 72 51 03 99 ou au 06 09 26 16 11.**

Ne pas laisser de message sur les répondeurs.

À....., Le.....

Signature du chirurgien-dentiste,

Signature de Dr Alain PROCHASSON

Médecin, Président de la CPTS Metz & environs