



MACSF



Syndicat des Internes en
Pharmacie des Hôpitaux de Lyon

Souscription contrats Responsabilité Civile Professionnelle et Protection Juridique offerts par la MACSF en partenariat avec le SIPHL

Nom : Prénom :

Date de Naissance :/...../..... Département et Ville de Naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Adresse mail : Téléphone Portable :

Interne en Pharmacie – Spécialité :

Année d'internat : T1 T2 T3 T4

Pratiquez-vous des remplacements en Libéral ? Oui* Non

Êtes-vous titulaire d'un contrat RCP et/ou PJ ? Oui Non **Si oui, précisez l'assureur:**.....

J'atteste sur l'honneur ne pas avoir connaissance d'incident pouvant donner lieu à réclamation : Oui Non

Je déclare être adhérent au SIPHL : Oui Non

Date d'effet souhaitée :

fait à Lyon le/...../.....

Signature :

*** Pour les remplacements, l'interne en poste doit obligatoirement le déclarer 5 jours avant la date du remplacement en libéral pour bénéficier de la garantie RCP/PJ. Il devra s'acquitter auprès de la MACSF du montant correspondant au fonds de garantie des accidents médicaux fixé à 20€ pour l'année 2016.**

Conformément à la loi n° 78-17 du 01/01/1978, « informatique et libertés », modifiée par la loi n°2004-801 du 06/08/2004, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur toutes les informations nominatives vous concernant, figurant sur tout fichier à l'usage de l'assureur, des réassureurs et de ses partenaires, en écrivant au siège social de la société.

AGENCE MACSF DE LYON

105 Rue Garibaldi 69006 Lyon

Tél. 01-71-14-32-33 - Email : lyon-garibaldi@macsf.fr