

# CONTRAT DES PROFESSIONNELS

**Je soussigné,**

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Téléphone ..... Fax .....

E mail .....

**Déclare avoir pris connaissance des buts et des modalités de fonctionnement du Réseau Paris Diabète.**

**Accepte de participer aux activités de ce réseau aux conditions suivantes :**

1. Travailler en partenariat avec les autres membres du réseau pour une prise en charge globale et coordonnée des patients.
2. Réunir les compétences professionnelles nécessaires à la prise en charge des patients, notamment en participant à des actions de formation inter-professionnelles, à l'initiative du réseau.
3. Proposer le plus largement possible aux patients diabétiques d'adhérer au réseau.
4. Mettre en œuvre les référentiels de pratiques définis au sein du réseau.
5. Accepter la mise en commun d'informations relatives aux patients et participer au recueil de données, dans le respect du secret médical.
6. Contribuer aux évaluations des activités entreprises par la transmission de données.
7. Participer à l'actualisation du fonctionnement du réseau.

**En contrepartie, je bénéficierai de la part du réseau :**

1. Des rémunérations proposées par le réseau en fonction de ma participation, selon les critères annoncés;
2. Des indemnisations pour participation aux actions de formation et aux réunions initiées par le réseau;
3. Du droit d'être associé aux différentes publications ou interventions faites au nom du réseau.

Cachet professionnel

Date : .....

Signature :

*Exemplaire destiné au réseau*