



**ADHÉSION PERSONNELLE À LA CONVENTION CONCLUE**

**entre**

**L'ORDRE DES MEDECINS DE LA PRINCIPAUTÉ DE MONACO,  
d'une part,**

**et**

**LA CAISSE DE COMPENSATION DES SERVICES SOCIAUX DE MONACO**

**et**

**LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE ACCIDENT ET MATERNITÉ  
DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS  
d'autre part,**

Je soussigné(e) .....

Nom de jeune fille ..... Né(e) le .....

Docteur en médecine, inscrit à l'Ordre des Médecins de .....

En qualité de ..... exerçant à .....

Ayant pris connaissance des termes de la Convention conclue le 1<sup>er</sup> avril 2023 entre l'ORDRE DES MEDECINS DE MONACO, d'une part, et la CAISSE DE COMPENSATION DES SERVICES SOCIAUX et LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE ACCIDENT ET MATERNITE DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS, d'autre part, et agréée par S.E.M. le Ministre d'Etat de la Principauté de Monaco, affirme « les approuver personnellement sans aucune exception ni réserve ».

Je m'engage, en conséquence, « à observer en toute bonne foi les clauses et conditions de ladite Convention dans mes rapports avec les Caisses Sociales et les bénéficiaires de leurs prestations, ainsi qu'à apporter mon plein et entier concours lors de toute demande ou contrôle des Caisses dans les délais prévus à l'article 24 ».

Le présent engagement est souscrit pour la durée prévue à l'article 34 de la Convention, sous réserve « de mon droit de le dénoncer à tout moment, moyennant un préavis d'un mois, par lettre recommandée adressée au Directeur de la C.C.S.S. et de la C.A.M.T.I. ».

Cachet, numéros de téléphone et e-mail :

Portable : ..... Fixe : .....

..... @ .....

Date et Signature  
Précédées de la mention manuscrite  
« Lu et approuvé »