



2019 - Dossier d'inscription 1/2

Copies des documents à nous retourner:

Pièce d'identité ou passeport / Diplômes, certificats, attestations de stage / Carte vitale - RIB

Etat Civil

NOM et Prénom(s)					
Nom de jeune fille				Civilité	Mme Mr
Situation Familiale	Célibataire	Marié(e)	Veuf(ve)	Divorcé(e)	Vie maritale PACSé(e)
Date et lieu de naissance	Né(e) le ___/___/____ à (CP- Ville)				
Nationalité			Invalidité	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui (justif)
N° SECU (15 chiffres)	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_		Enfants à charge		

Coordonnées

N° et rue			
Complément			
Code Postal		Ville	
Mobile Professionnel		Mobile personnel	
Tel fixe		Site @	
E-mail			

Profil Portage

Profession						
Descriptif de votre activité						
HELIA Portage	Date entrée souhaitée	___/___/20__	Tarif moyen / consultation€	Objectif annuel€
	Déplacements	Oui / Non	Début d'activité	Oui / Non	Honoraires mensuels actuels€
Lieu d'exercice	<input type="checkbox"/> A votre domicile <input type="checkbox"/> Au domicile de vos patients <input type="checkbox"/> Dans un cabinet <input type="checkbox"/> En entreprise <input type="checkbox"/> Adresse cabinet:					

Confirmation

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies ci-dessus

Les renseignements recueillis sur cette fiche sont à l'usage exclusif d'HELIA Portage. Conformément à la loi "informatique et liberté", vous disposez d'un droit d'accès et de rectifications auprès de la société HELIA Portage pour toute information vous concernant.	Date	___/___/20__
	Signature	



2019 - Dossier d'inscription 2/2

NOM et Prénom	
---------------	--

Situation professionnelle actuelle

<input type="checkbox"/> Vous êtes employé(e) <i>joindre la dernière visite médicale ou le certificat de votre médecin traitant</i>	Nom de votre employeur actuel	
	Nature du contrat de travail / Nombre d'heures	
<input type="checkbox"/> Vous êtes retraité	<input type="checkbox"/> Vous êtes sans emploi	
<input type="checkbox"/> Vous êtes sans emploi et inscrit au Pôle Emploi <i>joindre le justificatif</i>	Depuis le	___/___/_____
	Date de fin / Nombre de jours restants	
<input type="checkbox"/> Autre Statut	Numéro ADELI	

Mutuelle obligatoire

<input type="checkbox"/> Mutuelle de votre employeur <i>(joindre attestation)</i>	Nom de la mutuelle		Depuis le	___/___/_____
<input type="checkbox"/> Vous êtes ayant droit de la mutuelle employeur obligatoire de votre conjoint <i>(joindre attestation employeur)</i>	Nom de la mutuelle		Depuis le	___/___/_____
<input type="checkbox"/> Mutuelle privée <i>(joindre attestation)</i>	Nom de la mutuelle		Échéance	___/___/_____
<input type="checkbox"/> Vous souhaitez celle proposée par HELIA Portage				

Assurance

HELIA Portage souscrit une responsabilité civile professionnelle pour chacun de ses employés.
 Cependant, il vous faut souscrire à une assurance responsabilité professionnelle **nommative** pour couvrir votre activité.

Vous avez déjà une RC Pro *(joindre attestation et quittance)*

Compagnie		Courtier		Échéance	___/___/_____
-----------	--	----------	--	----------	---------------

Vous n'avez pas encore de RC Pro et souhaitez bénéficier de celle choisie par HELIA Portage

Formations

HELIA Portage recommande chaque porté d'adhérer chaque année à l'union professionnelle de sa spécialité

Diplômes de vos spécialités		Ecole / Année	

Unions professionnelles

HELIA Portage vous recommande d'adhérer chaque année à l'union professionnelle de votre spécialité

Nom unions / syndicats		Date d'adhésion	___/___/_____
Motif en cas de refus d'adhésion de votre part			

Confirmation

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies ci-dessus

Les renseignements recueillis sur cette fiche sont à l'usage exclusif d'HELIA Portage. Conformément à la loi "informatique et liberté", vous disposez d'un droit d'accès et de rectifications auprès de la société HELIA Portage pour toute information vous concernant.	Date	___/___/20__
	Signature	