



ADHÉSION PROFESSIONNELLE À ODYSSEE

Pour les professionnels de santé et du domicile

Nom :

Prénom :

Profession :

Établissement d'exercice :

SIRET :

Adresse d'exercice :

.....

Code postal : Ville :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Mail :

- Reconnaît avoir pris connaissance de la charte d'Odyssee.
- Déclare que l'équipe d'appui à la coordination d'Odyssee a bien répondu à mes demandes d'informations complémentaires et je souscris aux principes d'Odyssee.
- Accepte et m'engage à en respecter les dispositions en tant que participant à l'équipe de soins.
- Suivre, tant que ce peut, les formations dispensées par Odyssee.
- Partage de l'information dans le respect du décret juillet 2016
- Autorise la saisie et l'utilisation à des fins statistiques ou épidémiologiques des informations me concernant, qui auront au préalable été rendues anonymes conformément aux dispositions de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Cette adhésion est sans limitation de durée. Je peux y mettre fin à tout moment sans délai.

Signature et cachet du professionnel
Précédée de la mention « lu et approuvé »

Date : __ / __ / ____

Signature