



Formulaire de demande d'indemnisation

Indemnisations compensatrices de la perte d'activité

Demande à adresser à la coordinatrice de la CPTS

Hilal BILICAN

coordination.cptsnordbx@gmail.com

Tél : 06 20 42 38 75

Identité du professionnel de santé	Nom : Prénom : Fonction (pour les membres du bureau ou du CA) : Profession : Coordonnées :
Nature de la perte d'activité (réunion, formation...) Thème de la réunion/formation	
Date et horaires de l'évènement Lieu de l'évènement	
* Montant dû	

* Tel qu'arrêté par le Conseil d'Administration du 28/11/2023, la participation à des réunions en journée est indemnisée à 2 fois le tarif des indemnités CPAM après autorisation du président ou du bureau, sur déclaration de l'élu ou du membre mandaté.

Fait à BORDEAUX, Le / /

Signature du demandeur :

CPTS Nord Bordeaux
249 Rue Mandron, 33300 Bordeaux
06 20 42 38 75 - cptsnordbx@gmail.com
N° SIRET : 921 924 015 00016