

**media-sante.com** est un site professionnel réservé exclusivement au corps médical. Il est édité par Média-Santé S.A., organisme confraternel fondé en 1985. Il n'est pas en libre accès.

**L'accès gratuit** et direct aux bases de données nominatives du site (coordonnées des médecins installés ou établissements de soins) **s'effectue sous le contrôle de Média-Santé**. Il est offert aux médecins, pour une durée de **cinq mois** renouvelables, grâce à une **clé personnelle** délivrée par Média-Santé et sous les conditions suivantes :

- ▶ Cette clé personnelle est composée d'un identifiant et d'un mot de passe personnels, choisis par le médecin utilisateur en accord avec Média-Santé.
- ▶ Pour obtenir l'activation de votre clé personnelle, retournez le présent document après l'avoir approuvé et signé à Média-Santé. L'activation de votre clé se fera dans les 24 heures.

### Exercice de l'activité de médecin remplaçant

Je soussigné : ..... (nom et prénom)

demeurant : ..... (adresse complète)

.....  
.....

Email ..... (adresse mail)

déclare remplir les conditions légales et réglementaires pour exercer l'activité de médecin remplaçant libéral en France depuis le ...../...../..... (date de votre premier remplacement libéral)

Je suis médecin inscrit au tableau de l'Ordre des médecins du \_\_ (n° du département) **et je joins** à ce document un scan ou une copie de ma carte professionnelle

Je suis étudiant en médecine titulaire d'une licence de remplacement délivrée par l'Ordre des médecins du \_\_ (n° du département) **et je joins** à ce document un scan ou une copie de ma licence de remplacement.

Mon n° SIRET est : \_\_\_\_\_ (14 chiffres)       Je n'ai pas encore de n° SIRET

**Confidentialité** - j'ai bien noté que ma clé d'accès aux bases de données nominatives sur media-sante.com est strictement personnelle. Ces bases de données sont la propriété de et sous la responsabilité de Média-Santé.

Je m'engage à faire un usage adapté à mes besoins :

- de mon identifiant : ..... (10 caractères maximum)
- et de mon mot de passe : ..... (10 caractères maximum)

en vue d'exercer mon activité de médecin remplaçant, et seulement dans cet objectif.

Je m'engage ainsi à ne pas divulguer à des tiers les informations que Média-Santé me fournit, que ce soit dans un but lucratif ou non. Si je contrevenais aux engagements indiqués sur ce présent document, j'ai bien noté que Média-Santé se réserve la possibilité de désactiver sans préavis mon identifiant et mot de passe.


**Lors de mon premier contact avec le médecin installé susceptible de me fournir un remplacement par l'intermédiaire de Média-Santé, je m'engage à lui indiquer que j'ai obtenu ses coordonnées par Média-Santé.** J'ai bien noté que si je devais procéder autrement, j'engagerais ma responsabilité en autorisant Média-Santé à mettre à ma charge le préjudice qu'elle subirait de ce fait.


Je suis informé que Media-Santé décline toute responsabilité en cas d'utilisation non conforme ou frauduleuse des informations fournies par le site media-sante.com et se réserve la possibilité de me poursuivre dans ce cas ou en cas de fausse déclaration.

**Modification de ma situation** - Je m'engage à signaler à Média-Santé toute modification de mon statut, susceptible de restreindre ma capacité à exercer l'activité de médecin remplaçant, ou de médecin en général.

Date : ...../...../.....      Portez la **mention manuscrite** : « lu et approuvé »      Votre **signature manuscrite**

 Retour par *mail* : [medecin@media-sante.com](mailto:medecin@media-sante.com)

 Retour par *fax* : 04 50 70 62 63 (033 4 50 70 62 63)

 Retour par *poste* : Média-Santé - Libre réponse - Autorisation n° 81180 - 74140 SCIEZ (ne pas affranchir)