

ANNEXE 5 ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) (Nom - Prénom)

Membre du R.O.F. n°

Atteste sur l'honneur :

- Exercer la profession d'ostéopathe à titre exclusif.
- N'effectuer aucune pratique médicale ou paramédicale conventionnée, aucun acte, ni prescription de médicaments donnant lieu à une prise en charge par les caisses d'assurance maladie, n'être inscrit au tableau d'aucun ordre quel qu'il soit (conformément à l'article 1.1.3 du RI voté en Assemblée générale le 21/10/17).
- M'engager à respecter les statuts, le règlement intérieur et le Code de déontologie du R.O.F.
- M'engager à promouvoir l'exercice libre et autonome de la profession (conformément à l'article 1.2.5 du RI voté en Assemblée générale le 20/10/18).
- Conserver en partie une pratique clinique en cas de fonctions exercées au sein d'un établissement de formation.
- Souscrire une assurance de responsabilité civile professionnelle (RCP) propre à mon exercice d'ostéopathe.
- Produire une attestation de souscription en cours à une assurance de responsabilité civile professionnelle (RCP) propre à l'exercice d'ostéopathe ou m'engager à la faire parvenir au R.O.F. dans les plus brefs délais dès réception de celle-ci.
- Cette attestation doit impérativement comporter les mentions suivantes : nom de la compagnie d'assurance, vos nom, prénom et adresse du lieu d'exercice.
- Être affilié à la Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Assurance Vieillesse (CIPAV)
- Joindre la photocopie d'attestation d'affiliation ou de paiement des cotisations pour l'année en cours à la CIPAV ou à toute autre caisse de retraite.

N'AUTORISE PAS l'utilisation de mes coordonnées professionnelles afin de les publier sur les supports du R.O.F. conformément à la loi RGPD du 25/05/18 (annuaire en ligne...)

AUTORISE L'ENVOI par le secrétariat de SMS et/ou de mail (Conformément à la loi RGPD du 25/05/18).

Date :

Tampon professionnel

Signature, précédée de la mention
" vrai et sincère "