

BULLETIN D'ADHESION A L'EXPERIMENTATION

Je soussigné, Madame/Monsieur, N° FINESS (ET) ou N°
d'assurance maladie agissant en qualité de
..... déclare :

Accepter de participer à l'expérimentation « IATROPREV 2 : optimisation des prescriptions
médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée, dans l'objectif final de réduire le
risque iatrogène » autorisé par l'arrêté du 3 juin 2025.

- Avoir pris connaissance de ses conditions d'adhésion décrites dans le document joint
- Me conformer auxdites conditions d'adhésion »

Date et signature