



## F020 Formulaire de demande d'adhésion d'un professionnel des soins de santé au Réseau Santé Wallon

(Ce document peut être complété électroniquement avant d'être imprimé)

**Je soussigné,**

Numéro National

Date de naissance

Discipline

N° INAMI

Nom (majuscule)

Prénoms

Adresse

E-mail

Cercle/Institution/Groupement

Garant (Nom, prénom, N° INAMI)

professionnel de santé autorisé selon les lois et règlements belges, marque librement mon adhésion au RÉSEAU SANTÉ WALLON et m'engage à en respecter le Règlement Relatif à la protection de la Vie Privée publié sur le portail du Réseau Santé Wallon ([www.rsw.be/reglementvieprivee](http://www.rsw.be/reglementvieprivee)).

Je reconnais avoir pris connaissance des fonctionnalités du Réseau Santé Wallon, et du fait que la publication et la consultation de données de santé via le Réseau Santé Wallon doit être justifié par la continuité des soins prodigués aux patients concernés.

Je reconnais que la responsabilité de la FRATEM ne porte pas sur le contenu des données de santé du patient, ni sur l'usage qui en est fait par les professionnels de la santé, ni sur l'opportunité de publier et de consulter des données de santé ([www.rsw.be/statutsFRATEM](http://www.rsw.be/statutsFRATEM)).

Dans le cadre de la gestion administrative du Réseau, je marque mon consentement sur le fait que des données personnelles me concernant soient stockées sur le serveur du Réseau Santé Wallon; il s'agit de :

- mes données administratives associées aux données de santé de mes patients,
- mes données administratives nécessaires à la gestion du réseau,
- ainsi que les journalisations (logs) de mes accès au Réseau Santé Wallon et aux données de santé des patients via le Réseau Santé Wallon.

L'adhésion ne deviendra effective qu'après accréditation par un parrain.

Ce formulaire est destiné au Gestionnaire Administratif de la FRATEM, et par la présente, je lui demande d'assurer mon inscription au Réseau Santé Wallon.

**Fait à**

**le**

**Signature et cachet du professionnel**