

COMMUNE DE BAYONNE

Département des Pyrénées-Atlantiques - Arrondissement de Bayonne

**SEANCE DU CONSEIL MUNICIPAL DU 8 AVRIL 2021
DELIBERATION N° DE-2021-045**

L'an deux mil vingt et un, le 8 avril, le Conseil municipal dûment convoqué, s'est réuni la salle Lauga, sous la présidence de Monsieur Jean-René ETCHEGARAY, Maire. La séance a été ouverte à 17h40.

Nombre de conseillers municipaux en exercice : 45

Présents :

M. ETCHEGARAY, Mme DURRUTY, M. MILLET-BARBÉ, Mme LAUQUÉ, M. UGALDE, Mme HARDOUIN-TORRE, M. CORRÉGÉ, Mme LOUPIEN-SUARES (jusqu'à 19h15), M. LACASSAGNE, Mme MARTIN-DOLHAGARAY, M. LAIGUILLON, Mme CASTEL, M. ALQUIÉ, Mme MEYZENC, M. PARRILLA ETCHART, Mme DUHART, M. AGUERRE (jusqu'à 00h10), Mme BRAU-BOIRIE, Mme LARRÉ M. SALANNE, M. PAULY, Mme LAPLACE, M. DAUBISSE, Mme MOTHE, M. ALLEMAN, M. SÉVILLA (à partir de 18h00), Mme ZITTEL (jusqu'à 23h40), Mme BENSOUSSAN (jusqu'à 00h15), Mme LARROZE-FRANCEZAT, M. ERREMUNDEGUY, M. SUSPERREGUI, M. BOUTONNET-LOUSTAU, Mme DELOBEL, M. DUZERT, M. ESTEBAN, Mme LIOUSSE, Mme DUPREUILH, M. ETCHETO, Mme BROCARD, Mme HERRERA LANDA, M. ABADIE, M. BERGÉ.

Absents représentés par pouvoir :

Mme LOUPIEN-SUARES à Mme CASTEL (à partir de 19h15), M. AGUERRE à Mme DUHART (à partir de 00h10), Mme BISAUTA à Mme HARDOUIN-TORRE, M. ARCOUET à M. UGALDE, Mme ZITTEL à M. SÉVILLA (à partir de 23h40), Mme CAPDEVIELLE à M. ETCHETO

Absent(s) :

Mme BENSOUSSAN (à partir de 00h15, pour le vote des délibérations n°DE-2021-075 à 077)

Secrétaire :

M. BOUTONNET-LOUSTAU

Entendu le rapport de Mme BRAU-BOIRIE,

OBJET : SANTE – Fonctionnement du centre de vaccination contre la Covid-19 - Signature d'un contrat d'objectifs et de moyens avec l'Agence régionale de santé et engagement de professionnels de santé.

Afin de lutter contre la propagation du virus de la Covid-19, la Ville de Bayonne a déployé depuis le 18 janvier 2021 un centre départemental de vaccination à la Maison des associations, en étroite concertation avec l'Agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine et les services de la Préfecture.

Géré conjointement par Sos Médecins, la Croix-Rouge, un groupement d'infirmiers libéraux, des médecins de ville et les services municipaux, il est ouvert sur rendez-vous aux Bayonnais comme aux non Bayonnais, 7 jours sur 7, de 9 h à 18 h.

Dans ce cadre, la Ville assure des missions :

- organisationnelles et administratives : supervision de l'ensemble du dispositif, standard pour la prise de rendez-vous, remontée d'informations aux services de l'État, gestion des annulations et des transferts des personnes vaccinées, programmation des rendez-vous sur la plateforme "Doctolib" ;
- logistiques : fourniture d'équipements d'agencement, structuration du centre ;
- techniques : équipement téléphonique, informatique, fluides.

Une aide financière exceptionnelle sur le Fonds d'intervention régional (FIR) peut être accordée à la Ville par l'ARS afin de contribuer aux dépenses engagées pour assurer le bon fonctionnement du centre de vaccination.

Ainsi, sont éligibles :

- les frais d'aide au démarrage pour un montant de subvention maximum de 3 500 € ;
- les prestations d'hygiène ou d'élimination des déchets pour un montant de subvention maximum de 1 500 € / mois ;
- les fonctions d'accueil ou de secrétariat pour un montant de subvention maximum de 1 500 € / mois ;
- les fonctions d'organisation, de coordination et de logistique pour un montant de subvention maximum de 3 500 € / mois ;
- la rémunération versée aux professionnels de santé, sur dépenses réelles.

L'aide financière sera versée mensuellement par l'ARS sur présentation d'un document attestant sur l'honneur la liste des dépenses ainsi qu'un état récapitulatif de l'activité réalisée.

Dans cette optique, il convient de conclure un contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARS pour l'année 2021, selon les conditions exposées ci-dessus.

Parallèlement, afin de permettre une montée en puissance du dispositif, telle que souhaitée par les autorités sanitaires, la Ville envisage de recruter divers professionnels de santé (médecins retraités ou salariés du privé, étudiants, médecins et infirmiers remplaçants exclusifs et autres professionnels de santé agréés par le gouvernement) pour assurer cette mission de vaccination, en complément des médecins déjà mobilisés à ce jour.

L'engagement de ces professionnels prendrait la forme d'un contrat à durée déterminée de type vacation ou d'une convention d'intervention selon le modèle proposé par le Ministère des Solidarités et de la Santé. La rémunération de ces vacations s'opérerait selon le barème dérogatoire national qui s'applique par heure de vacation réalisée, étant précisé que la Ville, après conventionnement avec l'ARS, se ferait ensuite rembourser ces rémunérations.

Il est donc demandé au Conseil municipal :

- d'une part, d'approuver la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine, selon le modèle ci-annexé, et d'autoriser Monsieur le Maire ou son représentant à le signer ;

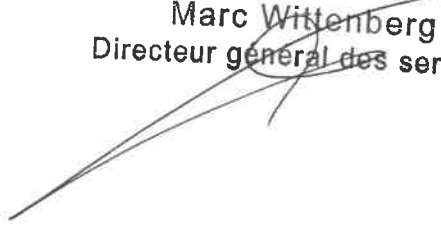
- d'autre part, d'approuver le modèle de conventions d'intervention ci-annexé pour l'engagement de professionnels de santé et d'autoriser Monsieur le Maire ou son représentant à les signer, en même temps que les contrats à durée déterminée de type vacation.

Ont signé au registre les membres présents.

Adopté à l'unanimité

Jean-René ETCHEGARAY
Maire de Bayonne

Par délégation du Maire
Marc Wittenberg
Directeur général des services



CONVENTION D'INTERVENTION EN CENTRE DE VACCINATION OU EN EQUIPE MOBILE

pour les professionnels de santé libéraux ou ayant une activité indépendante

Entre NOM STRUCTURE (Etablissement, CPTS, MSP, autres),

dont le siège social est situé àdésigné comme centre de vaccination par l'arrêté préfectoral n° du, placé sous la responsabilité de

(nom et prénom), d'une part,

Ci-après désigné « la structure »

Et NOM, PRENOM DU PROFESSIONNEL DE SANTE, né(e) le XX/XX/XX, domicilié(e) (adresse),

Exerçant la profession de / ou retraité ayant exercé la profession de, numéro d'inscription au conseil de l'ordre des médecins / infirmiers / pharmaciens

d'autre part,

Ci-après désigné « le professionnel »,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 3131-1, L. 3131-15 et L. 3131-16 ;

Vu le décret n° 2020-1262 du 16 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire;

Vu le décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire,

Vu l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 – Objet

La présente convention d'intervention fixe les conditions de présence et d'activité du professionnel au sein du centre de vaccination ou de l'équipe mobile organisé par la structure.

Article 2 – Nature des missions

Nature des missions : le professionnel est autorisé, en qualité de (emploi/ métier correspondant aux missions imparties) à effectuer les activités suivantes au sein du centre de vaccination :

-
-
-

Engagement du professionnel :

L'activité est prévue de : (Jours et horaires de prestation)

En cas d'absence, le professionnel prévient le référent, sauf cas de force majeure, 48 heures à l'avance pour permettre son remplacement.

Engagement de la structure :

La structure s'engage à :

- mettre à disposition du professionnel les moyens nécessaires à son intervention.
- assurer la coordination de l'intervention des professionnels par le biais d'un référent : *préciser le nom du référent et sa qualité.*

Article 3 – conditions financières :

En contrepartie de la réalisation des prestations définies à l'article 2 ci-dessus, la structure reverse pour le compte de l'Etat au professionnel la somme forfaitaire de _____ euros par [heure] ou [demi-journée] (selon les modalités définies par l'article 18-1 de l'arrêté du 10 juillet 2020 susmentionné,)

Le professionnel de santé fait son affaire du paiement éventuel des cotisations sociales afférentes à cette rémunération.

Article 4 - Réglementation

Le professionnel s'engage à respecter les règles de fonctionnement du centre dans lequel il intervient, selon le cahier des charges disponible sur le site du ministère de la Santé.

Article 5 – Durée

La présente convention prend effet à compter du XX/XX/XX jusqu'à la fermeture du centre de vaccination.

Article 7 – Résiliation

En cas de non-respect d'une des clauses de la présente convention, le responsable du centre peut mettre fin à l'intervention sans préavis par tout moyen vérifiable (mail, courrier, remise en main propre contre signature) adressé au professionnel.

Fait à, le, en deux exemplaires originaux, dont un remis à chaque partie

Le professionnel,

Le responsable de la structure ou son représentant

Nom, prénom

Nom, prénom

CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2021

Organisation d'un centre de vaccination Covid-19 dans le cadre de la gestion de l'épidémie de Covid-19

Département des Pyrénées Atlantiques, Centre situé à Bayonne

ENTRE

L'AGENCE REGIONALE DE SANTE NOUVELLE-AQUITAINE

Située 103 bis rue Belleville - CS 91704 – 33063 Bordeaux cedex
Représentée par son Directeur général, Benoît ELLEBOODE,
Ci-après dénommée « ARS »,

Et

Commune de Bayonne

Située 1 avenue Maréchal Lerclerc- BP 60004-64109 Bayonne cedex
N°SIRET 21640102600366
Représentée par le Maire, Jean-René Etchegaray
Ci-après dénommé(e) « le bénéficiaire »,

Vu les articles L. 1435-8 et suivants, R. 1435-16 et suivants du code de la santé publique,

Vu l'instruction du 12 janvier 2021 relative à l'accélération de la campagne de vaccination et à la mise en place de centres de vaccination

PREALABLEMENT, IL EST EXPOSE QUE :

La lutte contre la propagation du virus COVID-19 nécessite le déploiement de centres de vaccination. L'ARS Nouvelle Aquitaine a travaillé avec les services de la Préfecture et des collectivités pour accompagner le déploiement rapide de ce dispositif.

La mise en place de ces centres revêt un caractère exceptionnel et provisoire lié à la crise sanitaire.

Une aide financière exceptionnelle sur le Fonds d'Intervention Régional (FIR) pourra être accordée par l'ARS afin de contribuer aux charges de fonctionnement du centre de vaccination dédié Covid-19 et au remboursement des professionnels de santé (retraités, salariés du privé, étudiants, sans activité, médecins et infirmiers(es) remplaçants exclusifs) recrutés directement par le centre de vaccination.

Ces financements viennent compléter les aides et mises à disposition déjà engagées localement. Peuvent prétendre à ce financement les centres de vaccination dédiés Covid-19 dont l'organisation a été validée par l'ARS.

Il est convenu ce qui suit :

Article 1- Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de définir les conditions de participation de l'ARS au financement du centre de vaccination dédié Covid-19 situé à l'adresse : Maison des associations, 11 allée de Glain, 64 100 Bayonne.

Dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire de Covid-19, ce centre temporaire a été mis en place à l'initiative **de la préfecture et de la Commune.**

Article 2- Modalités de financement et de versement

L'ARS s'engage à verser une compensation, pour les moyens mis à disposition sur la durée du contrat, à réception des annexes complétées.

Ce montant couvre les frais suivants :

Nature de la dépense	Montant de la subvention
Acquisition de petit matériel de diagnostic, de protection, d'informatique (aide au démarrage)	<i>montant max : 3 000€</i>
Prestation d'hygiène/élimination des déchets	<i>montant max : 1 500€ / mois</i>
Fonction d'accueil et/ou de secrétariat	<i>montant max : 2 800€ / mois</i>
Fonction d'organisation / de coordination / de logistique	<i>montant max : 3 500€ / mois</i>
Remboursement des rémunérations versées aux professionnels de santé	<i>Le cas échéant sur dépenses réelles – annexe 2</i>

L'ARS procédera au paiement mensuel des dépenses de fonctionnement sur présentation d'un document signé attestant sur l'honneur la liste des dépenses, d'un état récapitulatif de l'activité réalisée (cf annexe 1).

L'ARS procédera mensuellement au remboursement des rémunérations versées aux professionnels de santé sur la base du barème national, à réception de l'annexe 2 complétée.

La dotation versée sera arrondie à l'euro supérieur, dans la limite du montant attribué.

La dépense sera imputée sur le budget annexe de l'ARS sur :

- La mission 1 : «Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie»
- La destination « COVID 19 – Dépenses spécifiques - Vaccination » (MI 1-9-2).

La contribution financière sera créditée au compte du titulaire selon les procédures comptables en vigueur.

Le versement sera effectué sur le compte dont le RIB est joint en annexe.

Pour toute modification de domiciliation bancaire au cours de la durée du contrat, le bénéficiaire s'engage à en informer l'ARS dans les meilleurs délais par simple courrier, en faisant référence au présent contrat.

L'ordonnateur de la dépense est le Directeur Général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Le comptable assignataire est l'agent comptable de l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

Article 3- Engagements du bénéficiaire

Par la signature du présent contrat, le bénéficiaire s'engage à respecter les obligations suivantes :

- utiliser le financement attribué conformément à son objet défini à l'article 1 et à la liste des dépenses présentée en annexe 1 ;
- informer l'ARS de l'évolution de l'activité de prise en charge du centre
- justifier de tous documents, pièces ou informations relatives aux dépenses engagées à chaque demande de l'ARS,
- restituer sans délai les financements non utilisés à l'agence comptable de l'ARS,
- autoriser l'ARS à mettre en ligne sur son site Internet des informations non confidentielles concernant les membres et l'activité du centre. Le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui le concernent. Pour l'exercer, il devra s'adresser au directeur de l'ARS,
- mentionner le financement du centre par l'ARS sur tous les supports de communication, site Internet, etc.,
- garantir le caractère confidentiel de toute information à laquelle est attachée le secret médical et en conséquence, à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer la confidentialité des dites informations.
- ne pas reverser tout ou partie du financement attribué à un tiers qui ne serait pas fournisseur ou prestataire de l'action financée.

Article 4- Le suivi du contrat

Le contrat fait l'objet d'un suivi qui porte sur la réalisation des missions et la consommation des crédits à partir de l'état récapitulatif des dépenses et de toutes pièces nécessaires au suivi de la consommation des crédits.

Article 5- La révision du contrat

A la demande du bénéficiaire ou de l'ARS, les dispositions du contrat pourront être modifiées par voie d'avenant.

La demande de modification fait l'objet d'une discussion et d'un accord formalisé par voie d'avenant portant sur l'objet de la modification, sa cause et toutes les conséquences qu'elle emporte.

Article 6- La résiliation du contrat

Conformément aux dispositions de l'article R. 1435-33 du code de la santé publique, en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus à l'article 3 du présent contrat, l'ARS adresse au titulaire du contrat une mise en demeure motivée de prendre, dans un délai d'un mois, les mesures nécessaires au respect de ses engagements. Le titulaire du contrat peut présenter des observations écrites ou orales dans ce délai. Compte tenu de ces éléments de réponse, ce délai peut être renouvelé une fois pour la même durée.

Si, au terme du délai accordé par l'agence régionale de santé, les mesures nécessaires au respect des engagements n'ont pas été prises sans justification valable, l'ARS peut modifier ou résilier le contrat.

Elle peut décider le reversement de tout ou partie des financements déjà versés au titre des engagements non mis en œuvre.

Article 7- Durée du contrat et entrée en vigueur

Le contrat prendra effet à compter du 01/01/2021 et jusqu'au 31/12/2021.

Fait à Bordeaux, le

**Le Directeur général de l'ARS
Nouvelle-Aquitaine**

Nom de l'entité juridique bénéficiaire

Nom et fonction de la personne signataire

RIB

ANNEXE 1 – Charges de fonctionnement - Transmission mensuelle**Mois de/2021****1. Centre de vaccination dédié Covid-19 :**

Adresse :

Nom du référent et responsable médical de l'organisation :

2. Identité du bénéficiaire (= entité juridique) :

Nom de l'entité juridique bénéficiaire :

N°SIRET :

Ou bien N° FINESS :

Nom du représentant :

3. Le bénéficiaire a reçu un financement de l'ARS Nouvelle-Aquitaine au titre d'un centre ambulatoire COVID 19 Oui Non**4. Liste des dépenses mensuelles engagées et payées uniquement au titre du centre de vaccination COVID19**

Nature de la dépense	Montant maximal de la subvention	Montant des dépenses engagées et payées
Acquisition de petit matériel de diagnostic, de protection, d'informatique (aide au démarrage)*	3 000€	
Prestation d'hygiène/élimination des déchets	1 500 € par mois	
Fonction d'accueil et/ou de secrétariat	2 800 € par mois	
Fonction d'organisation / de coordination / de logistique	3 500 € par mois	
TOTAL		

(*un forfait maximum de 1 500€ sera alloué pour les opérateurs qui ont bénéficié d'un financement dans le cadre de la mise en place des centres ambulatoires COVID 19 (les dépenses relatives à l'acquisition de petit matériel de diagnostic et d'informatique ne seront pas retenues).

5. Activité mensuelle réalisée

Période d'ouverture effective du centre :

Nombre de professionnels de santé mobilisés :

- Professionnels médicaux :

- Professionnels paramédicaux :

Nombre total de patients pris en charge sur cette période :

6. Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), atteste avoir réalisé les dépenses mensuelles listées ci-dessus uniquement pour le centre de vaccination COVID19.

Fait à, le.....

Signature

Nom - prénom du gestionnaire du centre :.....

Fonction :.....

ANNEXE 2 – Rémunération des professionnels de santé - Transmission mensuelle

Mois de/2021 – Médecins retraités ou sans activité

1. Centre de vaccination dédié Covid-19 :

Adresse :

Nom du référent et responsable médical de l'organisation :

2. Identité du bénéficiaire (= entité juridique) :

Nom de l'entité juridique bénéficiaire :

N°SIRET :

3. Déclaration d'activité du professionnel de santé

Nom :

Prénom :

Statut :

	<u>Montant horaire brut</u>	<u>Nombre d'heures</u>	<u>Montant à verser au PS par le centre</u> (<i>montant net après déduction des cotisation salariales et contributions sociales</i>)	<u>Montant des cotisations patronales*</u>	<u>Total global à verser au centre</u> (<i>montant brut + cotisations patronales</i>)
De 8H à 20H	50€				
De 20H à 23H De 6H à 8H	75€				
De 23H à 6H Dimanches et jours fériés	100€				
Total					

* dans le cadre d'un contrat de travail, la structure précompte les cotisations salariales et les contributions sociales et le professionnel de santé perçoit le montant net. Les montants affichés de remboursement par l'AM sont bruts.

4. Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), arrête le présent état à la somme de€.

Fait à, le.....

Signature

Nom - prénom du Professionnel de santé :.....

Fonction :.....

Signature

Nom - prénom du gestionnaire du centre :.....

Fonction :.....

1. Centre de vaccination dédié Covid-19 :

Adresse :

Nom du référent et responsable médical de l'organisation :

2. Identité du bénéficiaire (= entité juridique) :

Nom de l'entité juridique bénéficiaire :

N°SIRET :

3. Déclaration d'activité du professionnel de santé

Nom :

Prénom :

Statut :

A l'acte

	<u>Montant brut</u>	<u>Nombre d'actes</u>	<u>Montant à verser au PS par le centre</u> <i>(montant net après déduction des cotisation salariales et contributions sociales)</i>	<u>Montant des cotisations patronales*</u>	<u>Total global à verser au centre</u> <i>(montant brut + cotisations patronales)</i>
Consultation pré-vaccinale	25€				
Injection (au cours consultation)	25€				
En dehors consultation (équivalent K5)	9.60€				
Saisie SI Vaccination	5.40€				
Total					

Ou Au forfait

	<u>Montant horaire brut</u>	<u>Nombre d'heures</u>	<u>Montant à verser au PS par le centre</u> <i>(montant net après déduction des cotisation salariales et contributions sociales)</i>	<u>Montant des cotisations patronales*</u>	<u>Total global à verser au centre</u> <i>(montant brut + cotisations patronales)</i>
De 8H à 20H	105€				
De 20H à 23H De 6H à 8H	420€				
De 23H à 6H Samedi AM/Dimanches et jours fériés	460€ ou 115€/H				
Total					

* dans le cadre d'un contrat de travail, la structure précompte les cotisations salariales et les contributions sociales et le professionnel de santé perçoit le montant net. Les montants affichés de remboursement par l'AM sont bruts.

4. Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), arrête le présent état à la somme de€.
Fait à, le.....

Signature

Nom - prénom du Professionnel de santé :.....
Fonction :.....

Signature

Nom - prénom du gestionnaire du centre :.....
Fonction :.....

1. Centre de vaccination dédié Covid-19 :

Adresse :

Nom du référent et responsable médical de l'organisation :

2. Identité du bénéficiaire (= entité juridique) :

Nom de l'entité juridique bénéficiaire :

N°SIRET :

3. Déclaration d'activité du professionnel de santé

Nom :

Prénom :

Statut :

	<u>Montant horaire brut</u>	<u>Nombre d'heures</u>	<u>Montant à verser au PS par le centre</u> (<i>montant net après déduction des cotisation salariales et contributions sociales</i>)	<u>Montant des cotisations patronales*</u>	<u>Total global à verser au centre</u> (<i>montant brut + cotisations patronales</i>)
De 8H à 20H	24€				
De 20H à 23H De 6H à 8H	36€				
De 23H à 6H Dimanches et jours fériés	48€				
Total					

* dans le cadre d'un contrat de travail, la structure précompte les cotisations salariales et les contributions sociales et le professionnel de santé perçoit le montant net. Les montants affichés de remboursement par l'AM sont bruts.

4. Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), arrête le présent état à la somme de€.

Fait à, le.....

Signature

Nom - prénom du Professionnel de santé :.....

Fonction :.....

Signature

Nom - prénom du gestionnaire du centre :.....

Fonction :.....

1. Centre de vaccination dédié Covid-19 :

Adresse :

Nom du référent et responsable médical de l'organisation :

2. Identité du bénéficiaire (= entité juridique) :

Nom de l'entité juridique bénéficiaire :

N°SIRET :

3. Déclaration d'activité du professionnel de santé

Nom :

Prénom :

Statut :

A l'acte (les majorations dérogatoires COVID ne sont pas cumulables avec ces rémunérations)

	<u>Montant brut</u>	<u>Nombre d'actes</u>	<u>Montant à verser au PS par le centre</u> <i>(montant net après déduction des cotisation salariales et contributions sociales)</i>	<u>Montant des cotisations patronales*</u>	<u>Total global à verser au centre</u> <i>(montant brut + cotisations patronales)</i>
Cotations ville	6.30€				
IFD					
IK					
Total					
Cotations ville					

Ou Au forfait

	<u>Montant horaire brut</u>	<u>Nombre d'heures</u>	<u>Montant à verser au PS par le centre</u> <i>(montant net après déduction des cotisation salariales et contributions sociales)</i>	<u>Montant des cotisations patronales*</u>	<u>Total global à verser au centre</u> <i>(montant brut + cotisations patronales)</i>
De 8H à 20H	55€				
De 20H à 23H De 6H à 8H	220€				
De 23H à 6H Dimanches et jours fériés	240€ ou 60€/H				
Total					

* dans le cadre d'un contrat de travail, la structure précompte les cotisations salariales et les contributions sociales et le professionnel de santé perçoit le montant net. Les montants affichés de remboursement par l'AM sont bruts.

4. Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), arrête le présent état à la somme de€.

Fait à, le.....

Signature

Nom - prénom du Professionnel de santé :.....

Fonction :.....

Signature

Nom - prénom du gestionnaire du centre :.....

Fonction :.....

1. Centre de vaccination dédié Covid-19 :

Adresse :

Nom du référent et responsable médical de l'organisation :

2. Identité du bénéficiaire (= entité juridique) :

Nom de l'entité juridique bénéficiaire :

N°SIRET :

3. Déclaration d'activité du professionnel de santé

Nom :

Prénom :

Statut :

	<u>Montant horaire brut</u>	<u>Nombre d'heures</u>	<u>Montant à verser au PS par le centre</u> (<i>montant net après déduction des cotisation salariales et contributions sociales</i>)	<u>Montant des cotisations patronales*</u>	<u>Total global à verser au centre</u> (<i>montant brut + cotisations patronales</i>)
De 8H à 20H	50€				
De 20H à 23H De 6H à 8H	75€				
De 23H à 6H Dimanches et jours fériés	100€				
Total					

* dans le cadre d'un contrat de travail, la structure précompte les cotisations salariales et les contributions sociales et le professionnel de santé perçoit le montant net. Les montants affichés de remboursement par l'AM sont bruts.

4. Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), arrête le présent état à la somme de€.

Fait à, le.....

Signature

Nom - prénom du Professionnel de santé :

Fonction :

Signature

Nom - prénom du gestionnaire du centre :

Fonction :

ANNEXE 2 – Rémunération des professionnels de santé - Transmission mensuelle

Mois de/2021 – Etudiants en santé ayant validé la 2^{ème} année du 2^{ème} cycle des études de médecine

1. Centre de vaccination dédié Covid-19 :

Adresse :

Nom du référent et responsable médical de l'organisation :

2. Identité du bénéficiaire (= entité juridique) :

Nom de l'entité juridique bénéficiaire :

N°SIRET :

3. Déclaration d'activité du professionnel de santé

Nom :

Prénom :

Statut :

	<u>Montant horaire brut</u>	<u>Nombre d'heures</u>	<u>Montant à verser au PS par le centre</u> (<i>montant net après déduction des cotisation salariales et contributions sociales</i>)	<u>Montant des cotisations patronales*</u>	<u>Total global à verser au centre</u> (<i>montant brut + cotisations patronales</i>)
De 8H à 20H	24€				
De 20H à 23H De 6H à 8H	36€				
De 23H à 6H Dimanches et jours fériés	48€				
Total					

* dans le cadre d'un contrat de travail, la structure précompte les cotisations salariales et les contributions sociales et le professionnel de santé perçoit le montant net. Les montants affichés de remboursement par l'AM sont bruts.

4. Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), arrête le présent état à la somme de€.

Fait à, le.....

Signature

Nom - prénom du Professionnel de santé :

Fonction :

Signature

Nom - prénom du gestionnaire du centre :

Fonction :

1. Centre de vaccination dédié Covid-19 :

Adresse :

Nom du référent et responsable médical de l'organisation :

2. Identité du bénéficiaire (= entité juridique) :

Nom de l'entité juridique bénéficiaire :

N°SIRET :

3. Déclaration d'activité du professionnel de santé

Nom :

Prénom :

Statut :

	<u>Montant horaire brut</u>	<u>Nombre d'heures</u>	<u>Montant à verser au PS par le centre</u> (<i>montant net après déduction des cotisation salariales et contributions sociales</i>)	<u>Montant des cotisations patronales*</u>	<u>Total global à verser au centre</u> (<i>montant brut + cotisations patronales</i>)
De 8H à 20H	12€				
De 20H à 23H De 6H à 8H	18€				
De 23H à 6H Dimanches et jours fériés	24€				
Total					

* dans le cadre d'un contrat de travail, la structure précompte les cotisations salariales et les contributions sociales et le professionnel de santé perçoit le montant net. Les montants affichés de remboursement par l'AM sont bruts.

4. Attestation sur l'honneur

Je soussigné (e), arrête le présent état à la somme de€.

Fait à, le.....

Signature

Nom - prénom du Professionnel de santé :.....

Fonction :.....

Signature

Nom - prénom du gestionnaire du centre :.....

Fonction :.....