

A destination des professionnels exerçant une activité libérale ou indépendante

A retourner à contact.paie-experts@has-sante.fr

1. Informations générales

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

Adresse personnelle :

Code postal / Ville :

Tel :

Courriel : @

N° Sécurité sociale :

2. Motif de collaboration avec la HAS

3. Liste des pièces à fournir

Pour votre rémunération et établir votre bulletin de paie, les pièces ci-dessous sont nécessaires.

- ☐ Relevé d'identité bancaire à votre nom délivré par votre banque. Pas de RIB professionnel.
- ☐ Copie lisible d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport ou livret de famille)
- ☐ Copie lisible de votre carte Vitale ou de votre attestation de Sécurité sociale
- ☐ Un justificatif de votre statut : dernier avis d'appel de cotisations URSSAF ou feuille de soins type CERFA

4. Perte de revenu (à compléter obligatoirement)

Percevez-vous une pension de retraite en plus de votre activité libérale ? :

- ☐ **Oui.** Depuis le ☐ **Non**

Je déclare sur l'honneur que mon activité au bénéfice de la Haute Autorité de santé :

- ☐ **Entraîne pour moi une perte de revenu**
☐ **N'entraîne pas pour moi de perte de revenu**

Si vous percevez une pension de retraite en plus de votre activité libérale, la perte de revenu ne sera pas prise en compte par la HAS.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées et que les missions que me confie la HAS ne correspondent pas à un temps supérieur au tiers de l'activité professionnelle annuelle que j'exerce à d'autres titres. **Tout changement de situation devra nous être signalé** (statut, adresse, RIB ...).

A

le

Signature obligatoire

Les données personnelles fournies à la HAS (nom et coordonnées) font l'objet de traitements par l'institution (collecte, enregistrement, conservation, diffusion interne à l'attention des agents concernés). Sauf opposition de votre part, elles seront conservées dans le vivier d'experts de la HAS durant 2 ans à compter de la fin des travaux afin de vous solliciter pour vous proposer de participer à d'autres projets menés par la HAS.

Vous pouvez à tout moment exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression en contactant le délégué à la protection (DPO) de la HAS par courriel (dpo@has-sante.fr) ou par courrier à : HAS, 5 avenue du stade de France - 93218, Saint-Denis La Plaine Cedex.