**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 à ……………………………désigné 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 majeur, 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***