

**EHPAD HOME ARMÉNIEN**  
**107, avenue Maréchal Lyautey**  
**83700 SAINT RAPHAËL**  
**Tél. 04.94.19.51.50**  
**Fax 04.94.95.71.43**  
**Site Internet : [www.ehpadhomearmenien.fr](http://www.ehpadhomearmenien.fr)**  
**email : [home.armenien@aaas.fr](mailto:home.armenien@aaas.fr)**  
**N° SIRET : 77567542400045 code APE : 8710A**  
**N° FINESS : 830101283**

Annexe n°4 au contrat de séjour

Liste des intervenants libéraux

Selon le décret du 30 décembre 2010 relatif à l'articulation des professionnels de santé au sein des EHPAD,  
**M. Mme** .....est informé(e) que le(s) professionnel(s) de santé qu'il choisit doit s'inscrire dans un  
cadre de bonne coopération avec l'EHPAD par le biais d'un contrat de coordination.

*La liste des intervenants signataires est la suivante :*

MEDECINS GENERALISTES		KINESITHERAPEUTES	
Houot	04.94.52.18.32	Bastos D.	06.65.37.79.88
Girard	04.94.52.18.32	Detrois S.	06.60.15.63.05
Collas	04.94.95.27.75	Ferreira I.	06.16.26.91.31
Durrieu De Madron	04.94.95.18.60	Sadargues A.	04 94 40 44 49
Apostol	04 94 82 38 88	Rucquoy S.	04.94.51.30.29
Lagarde	<u>04.94.53.24.45</u>	Rocha N.	04.94.83.20.06
		Chapoutot R.	06.84.30.33.70
Frendo	04.94.70.16.25		

Si l'intervenant que vous souhaitez choisir n'appartient pas à cette liste et est prêt à signer le contrat de coordination, cette dernière sera actualisée par son identité.

Je soussigné(e) **M. Mme**.....désigne le **Dr**.....comme **médecin traitant**  
et **M.** .....comme **kinésithérapeute**.

Signature :