



## Déclaration préalable d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct

***A adresser au conseil départemental du lieu où se situe le site au plus tard deux mois avant le début d'activité***

Article R. 4127-85 du code de la santé publique

### **I - Identification du déclarant**

Nom : .....

Prénom : .....

Inscription au Tableau de l'Ordre de : .....

Numéro d'inscription : ..... N° RPPS : .....

Qualification principale exercée :

Autres disciplines exercées (Compétences, DESC du groupe 1, VAE ordinale, Capacités, Orientations) :  
.....

Adresse du domicile:.....

Code postal |\_|\_|\_|\_|\_| Commune.....

N° de téléphone fixe |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ; portable |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Email:.....@.....

### **II- Renseignements sur le site d'exercice principal**

Adresse de la résidence professionnelle .....

**Nature de l'activité :**  LIBERALE  SALARIEE (Sel) HOSPITALIERE

(Hos Autre : SOCIETE (Sel)

Secteur (si activité libérale):  secteur 1 ou OPTAM  secteur 2  Hors convention

**Temps de travail :** h/sem OU 1/2j/sem

**- Dispositions prises pour assurer la continuité des soins et réponse aux urgences en période d'absence sur le site principal** (secrétariat, collaborateur ...)

-

-

**III Autorisations antérieures (et en cours) d'exercice sur d'autres sites (autres que le site principal):** oui  non

1-  Lib  Sal  Hos  Sel h/sem **OU** 1/2 j/sem

Date de début d'activité: \_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Adresse du site : .....

2-  Lib  Sal  Hos  Sel h/sem **OU** 1/2 j/sem

Date de début d'activité : \_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Adresse du site : .....

3-  Lib  Sal  Hos  Sel h/sem **OU** 1/2 j/sem

Date de début d'activité : \_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Adresse du site : .....

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SITE DISTINCT**

**IV – Adresse complète du site pour lequel la déclaration est faite :**

.....  
.....

- **Date prévisionnelle de début d'activité** : \_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

(Attention dans le choix de la date, car le Conseil départemental dispose d'un délai deux mois à compter de la réception de la déclaration pour vous faire connaître une éventuelle opposition par une décision motivée).

- Temps hebdomadaire consacré (nombre d'heures / demi-journées) :  
..... h **OU** ..... 1/2 j/sem

**Nature de l'activité** :  Libérale (Lib)  Salariée (Sal)  Hospitalière (Hos)

Autre  Selarl

Secteur (si activité libérale):  secteur 1 ou OPTAM  secteur 2  Hors convention

Temps de travail : ..... h/sem **OU** ..... 1/2j/sem

**V- Nature de l'activité nouvelle :**

- consultations (décrire): .....

- actes médico techniques (décrire):.....

- actes chirurgicaux (décrire) : .....

- autres (décrire) : : .....  
.....

## **VI- Conditions de l'exercice sur le lieu d'exercice envisagé**

### **Qualité et sécurité des soins**

- Pour les consultations :

- moyens en personnel : .....  
.....

- matériels (*décrire le type de matériel existant et/ou prévu*) : .....  
.....

- Pour les autres actes :

- moyens en personnel : .....  
.....

- matériels (*décrire le type de matériel existant et/ou prévu*) : .....  
.....

### **Continuité des soins**

- dispositions prises pour assurer la continuité des soins sur les différents sites :

(*rubrique à préciser avec beaucoup de soins impérativement*).....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné(e) (nom et prénom du déclarant).....certifie

- l'exactitude de l'ensemble des informations fournies ou jointes au présent formulaire et que toute modification de mes conditions d'exercice sera communiquée au conseil départemental de ma résidence professionnelle,
- que l'ouverture du site n'est pas contraire aux dispositions législatives et réglementaires.

Fait le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à .....

Signature :

### **Pièces à joindre :**

- toute pièce ou élément complémentaire utile à l'examen de la déclaration
- le(s) projet(s) de contrat(s) relatifs à l'objet de la déclaration

- Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'Ordre des médecins sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition et d'effacement des données les concernant, qu'elles peuvent exercer par courrier postal ou par courrier électronique.

Temps hebdomadaire consacré (demi-journées ) sur la résidence professionnelle principale et les autres sites (tableau à compléter).

	MATIN (lieu d'activité)	APRES-MIDI ( lieu d'activité )
LUNDI		
MARDI		
MERCREDI		
JEUDI		
VENDREDI		
SAMEDI		
DIMANCHE		