

## **PRECEDURE A SUIVRE LORS D'UNE TENUE DE POSTE**

1. Les contrats de tenue de poste doivent être établis en 3 exemplaires
  - 1 pour la famille du médecin décédé
  - 1 pour le médecin effectuant la tenue de poste
  - 1 pour le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

LES 3 EXEMPLAIRES SONT RENVOYES AU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MEDECINS POUR ENREGISTREMENT ET AUTORISATION.

2. Le Conseil Départemental renvoie 2 exemplaires du contrat (1 pour la famille du médecin décédé et 1 pour le médecin effectuant la tenue de poste), accompagnés d'une autorisation de tenue de poste à présenter à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie afin d'obtenir les feuilles de soins.
3. Dans un même temps, le Conseil de l'Ordre envoie une copie de l'autorisation de tenue de poste à Monsieur le Préfet

***IL EST STRICTEMENT INTERDIT D'UTILISER  
LES FEUILLES DE SOINS DU MEDECIN DECEDE***

**CONTRAT DE TENUE DE POSTE**  
**D'UN MEDECIN DECEDE**  
**(pour une durée de 3 mois maximum)**

Entre M. .... veuf (ve) du Docteur  
.....décédé, ou M.....,  
héritier du Docteur ..... décédé.

Et le Docteur .....  
demeurant .....  
inscrit au Tableau du Conseil Départemental.....  
de l'Ordre des Médecins sous le N° .....

**IL A ETE ARRETE ET CONVENU CE QUI SUIT :**

**ARTICLE 1ER**

M..... met à la disposition du Docteur.....  
le local professionnel du Docteur .....  
situé.....  
à savoir un cabinet de consultation, une salle d'attente et les moyens d'exercice suivants :  
eau, électricité, téléphone, secrétariat (s'il y a lieu).

**ARTICLE 2**

Le Docteur ..... s'engage à tenir temporairement le  
cabinet du Docteur ..... décédé.

Il devra y consacrer toute son activité, (sauf entente préalable avec  
M.....). Il s'engage à donner à toute la  
clientèle des soins consciencieux et attentifs avec la double préoccupation de lui donner  
satisfaction et de la maintenir attachée au cabinet.

Exerçant en son nom propre le Docteur .....  
utilisera des feuilles de soins à son nom propre pendant toute la durée de la tenue de  
poste, à l'exclusion complète des feuilles de soins et du cachet professionnel du  
Docteur..... décédé.

Le Docteur..... exerce en toute indépendance et aura  
la charge de sa responsabilité professionnelle pour laquelle il devra s'être assuré à ses  
frais auprès d'une Compagnie d'Assurance de son choix.

### **ARTICLE 3**

Le Docteur ..... conservera la totalité des honoraires  
correspondant aux actes accomplis. Pour couvrir les frais correspondant à la mise à  
disposition des locaux professionnels, frais d'entretien, secrétariat, eau, téléphone,  
électricité. Le Docteur..... versera à  
M..... la somme mensuelle de .....Euros.

### **ARTICLE 4**

Le présent contrat est prévu pour une durée de TROIS mois maximum à dater  
du.....

Il pourra être mis fin au contrat à tout moment, moyennant respect d'un temps de préavis  
fixé d'un commun accord par les parties à 15 jours. Le contrat ne peut être renouvelé  
qu'avec l'accord du Conseil Départemental de l' Ordre.

### **ARTICLE 5**

A l'expiration du présent contrat et pendant une période de deux ans à compter de  
l'expiration, le Docteur ..... s'engage à ne pas s'installer à  
..... et dans un rayon de ..... km autour de  
....., sauf accord avec les ayants droit.

### **ARTICLE 6**

En cas de difficultés soulevées par l'exécution ou l'interprétation du présent contrat, les  
parties s'engagent, préalablement à toute action contentieuse, à soumettre leur différend à  
deux membres du Conseil Départemental de l'Ordre, chacune choisissant librement l'un  
de ces deux membres. Ceux-ci s'efforceront de concilier les parties et d'amener une

solution amiable, ce dans un délai maximum de UN mois à compter de la désignation de celui qui a été nommé en premier.

**ARTICLE 7**

Les contractants affirment sur l'honneur n'avoir passé aucune contre-lettre relative au présent contrat qui ne soit soumise au Conseil Départemental.

**ARTICLE 8**

Les parties conviennent de ne mettre en application le présent contrat qu'après avoir reçu l'avis favorable du Conseil Départemental auquel il devra être soumis.

Fait à ..... le .....  
en 3 exemplaires

*Signatures (précédées de la mention lu et approuvé)*

Docteur.....

M.....