



## 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

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

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