



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil départemental de l'Ordre des Médecins

Photographie
d'identité

DEMANDE D'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

Réservé à l'Ordre

Conseil départemental :
Date d'inscription : / / Numéro départemental :
Date de 1ère inscription à l'Ordre : / / Numéro RPPS :

I. ETAT CIVIL ET SITUATION PERSONNELLE

1. ETAT CIVIL

Nom de naissance : Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin
.....
Prénom de naissance :
Prénom(s) complémentaire(s) :
.....
Nom d'usage* :
.....
Nom d'exercice** :
.....
Prénom d'exercice*** :
.....
Nationalité :
Date de naissance : / /
Lieu de naissance :
Ville :
Département :
Pays :

* Le nom d'usage est celui utilisé dans la vie courante lorsqu'il diffère du nom de naissance.
** Le nom d'exercice doit correspondre soit au nom de naissance soit au nom d'usage.
*** Le prénom d'exercice doit correspondre à l'un des prénoms inscrits dans l'acte de naissance ou à celui obtenu par une modification de l'état civil.

2. SITUATION FAMILIALE (Ces renseignements facultatifs sont destinés à l'Entraide)

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ PACS ☐ Concubin(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)
Profession du conjoint :
Nombre et date de naissance des enfants :
.....

3. RETRAITE (Y compris si vous continuez d'exercer)

Date de retraite libérale : / / Date de retraite hospitalière : / /
Date de retraite salariée : / /

4. LANGUES PARLEES (En plus du français)

.....

5. ADRESSE PERSONNELLE (Obligatoire pour les médecins non installés et sans activité)

Etage-Escalier-Appart. : Tél. :
Immeuble-Bât.-Résidence : Fax :
..... Mobile :
N° et libellé de la voie : E-mail :
.....
Lieu-dit - BP. :
CP. : Ville :



II. DIPLOMES, AUTORISATIONS ET QUALIFICATIONS

6. DIPLOME DE MEDECIN

- ☐ Français
☐ Européen (d'un Etat de l'UE ou de l'EEE)
☐ Suisse
☐ Autre

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Lieu d'obtention : Faculté : Pays :

7. AUTORISATION MINISTERIELLE OUVRANT DROIT A L'EXERCICE EN FRANCE

Etes-vous titulaire d'une autorisation ministérielle d'exercice : ☐ Oui ☐ Non

Date de l'arrêté d'autorisation : ____ / ____ / ____

8. SPECIALITE(S) ACQUISE(S)

SPECIALITE(S) OBTENUE(S) EN FRANCE :

☐ D.E.S :

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

☐ D.E.S.C (groupe II) :

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

☐ C.E.S :

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

☐ Arrêté par équivalence du ministère (C.E.S, D.E.S) :

Date de l'arrêté : ____ / ____ / ____

☐ Spécialité obtenue par voie de Commission de qualification :

Décision par le Conseil départemental : Date : ____ / ____ / ____

Décision par le Conseil national Date : ____ / ____ / ____

☐ Spécialité obtenue par autorisation ministérielle d'exercice :

Date de l'arrêté d'autorisation : ____ / ____ / ____

SPECIALITE(S) OBTENUE(S) DANS UN ETAT DE L'UE OU DE L'EEE OU EN SUISSE :

• Spécialité obtenue :

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Pays d'obtention :

Université :

• Spécialité obtenue :

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Pays d'obtention :

Université :



9. QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE (NON SPECIALISTE)

QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE OBTENUE EN FRANCE :

☐ Résidanat

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

☐ Qualification en médecine générale prononcée par le Conseil départemental (Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991)

Décision par le Conseil départemental : Date : ____ / ____ / ____

QUALIFICATION EN MEDECINE GENERALE OBTENUE DANS UN ETAT DE L'UE OU DE L'EEE OU EN SUISSE (droits acquis en médecine générale) :

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Pays d'obtention :

Université :

10. COMPETENCE(S) QUALIFIANTE(S)

☐ C.E.S. :

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

☐ Compétence obtenue par voie de Commission de qualification :

Décision par le Conseil départemental : Date : ____ / ____ / ____

Décision par le Conseil national Date : ____ / ____ / ____

11. DIPLOME(S) COMPLEMENTAIRE(S) NON QUALIFIANT(S)

☐ D.E.S.C (groupe I) :

•

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

•

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

☐ Droit d'exercice complémentaire (VAE ordinaire) :

•

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

•

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

☐ Capacité(s) :

•

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

•

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :



12. TITRES ET AUTORISATIONS

☐ Orientation en homéopathie

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

☐ Orientation en acupuncture

☐ Diplôme(s) interuniversitaire(s) (D.I.U) ou universitaire(s) (D.U) ouvrant droit au titre :

•

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

•

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

•

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

Faculté :

☐ Titre d'ostéopathe :

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

☐ Titre de psychothérapeute :

Date d'obtention : ____ / ____ / ____

☐ Autorisation d'exercer la médecine du travail (article 28 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 ou article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002) :

Date d'obtention : ____ / ____ / ____



IV. SITUATION PROFESSIONNELLE

20. SITUATION PROFESSIONNELLE PREVUE DANS LE DEPARTEMENT

Veuillez préciser sous quelle qualification vous sollicitez votre inscription :

☐ Médecine générale

☐ Autre spécialité :

Veuillez préciser ci-dessous votre situation professionnelle (ne cocher qu'une seule case) :

☐ Activité médicale régulière

☐ Activité médicale intermittente ou remplacements réguliers (passer aux questions 23 et suivantes)

Préciser : ☐ libérale et/ou ☐ salariée

☐ Aucune activité médicale (passer aux questions 23 et suivantes)

21. ADRESSE DE L'ACTIVITE LA PLUS IMPORTANTE EN TEMPS (ACTIVITE PRINCIPALE)

☐ Libéral ☐ Hospitalier ☐ Salarié ☐ Bénévole

☐ Temps plein ☐ Temps partiel

Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) :

Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) :

Date de début : ____ / ____ / ____

Dénomination sociale :

Tél. :

Fax :

Etage-Escalier-Appart. :

Mobile :

Immeuble-Bât.-Résidence :

E-mail :

N° et libellé de la voie :

Lieu-dit - BP. :

CP. : Ville :

22. AUTRE(S) LIEU(X) D'ACTIVITE (Au-delà de 2 autres lieux d'activité, veuillez les renseigner en page 10)

☐ Libéral ☐ Hospitalier ☐ Salarié ☐ Bénévole

☐ Temps plein ☐ Temps partiel

Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) :

Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) :

Date de début : ____ / ____ / ____

Dénomination sociale :

Tél. :

Fax :

Etage-Escalier-Appart. :

Mobile :

Immeuble-Bât.-Résidence :

E-mail :

N° et libellé de la voie :

Lieu-dit - BP. :

CP. : Ville :

☐ Libéral ☐ Hospitalier ☐ Salarié ☐ Bénévole

☐ Temps plein ☐ Temps partiel

Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) :

Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) :

Date de début : ____ / ____ / ____

Dénomination sociale :

Tél. :

Fax :

Etage-Escalier-Appart. :

Mobile :

Immeuble-Bât.-Résidence :

E-mail :

N° et libellé de la voie :

Lieu-dit - BP. :

CP. : Ville :



23. PLAQUES ET ORDONNANCES (Articles R. 4127-79 et R. 4127-81 du code de la santé publique)

Indiquer ci-dessous le libellé de vos plaques :

Indiquer ci-dessous le libellé de vos ordonnances :

24. ANNUAIRES (Article R. 4127-80 du code de la santé publique)

Veuillez indiquer ci-dessous les mentions données aux annuaires téléphoniques ou à tout autre annuaire professionnel :

Dans le cas où vous souhaiteriez faire paraître dans la presse une annonce d'installation, le libellé devra en être soumis, préalablement, à l'approbation du Conseil départemental de l'Ordre (article R. 4127-82 du code de la santé publique).

25. ADRESSES DE CORRESPONDANCE

Pour recevoir le courrier de l'Ordre :

☐ Adresse d'exercice principal ☐ Adresse personnelle

☐ Autre (précisez) :
.....
.....
.....

Pour le RPPS (cette adresse servira pour l'envoi de la carte CPS, pour l'envoi de courriers par l'assurance maladie et les services du ministère chargé de la santé) :

☐ Adresse d'exercice principal ☐ Adresse personnelle

☐ Autre (précisez) :
.....
.....
.....



V. SANCTIONS ET INSTANCES EN COURS

26. SANCTION(S) PRONONCEE(S) EN FRANCE

1. Une ou des sanctions à caractère définitif* ont-elles été prononcées à votre rencontre par la juridiction disciplinaire ou la section des assurances sociales de l'Ordre des médecins : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, la ou lesquelles :

Par quelle(s) juridiction(s) :

A quelle(s) date(s) :

Un ou des recours devant le Conseil d'Etat sont-ils en cours : ☐ Oui ☐ Non

2. Avez-vous fait l'objet de condamnation(s) pénale(s), civile(s) ou administrative(s) définitive(s)* :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, la ou lesquelles :

Par quelle(s) juridiction(s) :

A quelle(s) date(s) :

Un ou des recours devant le Conseil d'Etat ou la Cour de cassation sont-ils en cours : ☐ Oui ☐ Non

* Décision de 1^{ère} instance non frappée d'appel dans le délai de recours ou décision en appel frappée ou non d'un pourvoi.

27. SANCTION(S) PRONONCEE(S) HORS DE FRANCE

1. Une ou des sanctions à caractère définitif ont-elles été prononcées à votre rencontre par un organisme professionnel à l'étranger : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, la ou lesquelles :

Précisez le ou les pays :

Par quelle(s) juridiction(s) :

A quelle(s) date(s) :

2. Avez-vous fait l'objet de condamnation(s) pénale(s), civile(s) ou administrative(s) définitive(s) à l'étranger :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, la ou lesquelles :

Précisez le ou les pays :

Par quelle(s) juridiction(s) :

A quelle(s) date(s) :

28. INSTANCE(S) EN COURS EN FRANCE

Une ou des instance(s) judiciaire(s), disciplinaire(s) ou devant la section des assurances sociales de l'Ordre des médecins sont-elles actuellement en cours à votre égard : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, devant quelle(s) juridiction(s) :

29. INSTANCE(S) EN COURS A L'ETRANGER

Une ou des instance(s) judiciaire(s) ou disciplinaire(s) sont-elles actuellement en cours à votre égard :

☐ Oui ☐ Non

Si oui, dans quel(s) pays :

Devant quelle(s) juridiction(s) :



REPRODUIRE CI-DESSOUS DE FAÇON MANUSCRITE LA PHRASE SUIVANTE :

« J'affirme sur l'honneur avoir pris connaissance du code de déontologie médicale et je fais serment de le respecter. »

REPRODUIRE CI-DESSOUS DE FAÇON MANUSCRITE LA PHRASE SUIVANTE :

(Uniquement si vous êtes tenu de souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle en application des dispositions de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique)

« J'affirme sur l'honneur avoir contracté une assurance responsabilité civile professionnelle en application de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique. »

Je demande mon inscription au tableau de l'Ordre des médecins du département de

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations ci-dessus et m'engage à signaler au Conseil départemental de l'Ordre toute modification de la situation que j'aurais déclarée et à répondre à toute demande de renseignements émanant de l'Ordre des médecins.

Je reconnais être informé(e) que le défaut de réponse aux questions ci-dessus est susceptible d'entraîner un refus d'inscription et que toute fausse déclaration peut donner lieu à des poursuites disciplinaires (article R. 4127-110 du code de la santé publique) ou pénales (article L. 4163-8 du code de la santé publique).

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

Précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique. Ces informations sont destinées au Conseil de l'Ordre des médecins et au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS)¹. Le responsable de ce traitement est le Secrétaire général du Conseil national de l'Ordre des médecins. Ce traitement est destiné en premier lieu à tenir à jour le tableau des médecins inscrits et la liste de ceux ayant sollicités leur inscription. Il sert également à établir des listes de correspondance pour l'envoi du bulletin de l'Ordre et de diverses informations ordinaires, ainsi qu'à la réalisation d'études démographiques. Il sert par ailleurs à répondre à l'obligation prévue à l'article L. 4113-2 du code de la santé publique de porter à la connaissance du public la liste des médecins inscrits au tableau de l'Ordre. Il peut également servir à vous adresser des informations strictement liées à l'exercice de la profession. Les informations recueillies peuvent également être transmises, à leur demande, aux instances représentatives de la profession des Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi qu'à celles établies hors Union européenne.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également, vous opposer à ce que des données vous concernant soient transmises à des tiers en vue de vous adresser des informations liées à l'exercice de votre profession, à l'exception de celles qui sont adressées au RPPS. Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification ou d'opposition en vous adressant à votre Conseil départemental.

☐ Je m'oppose à ce que les données me concernant soient transmises à des tiers.

☐ Je m'oppose à ce que mes coordonnées professionnelles apparaissent dans l'annuaire figurant sur le site Internet du CNOM ou dans des applications informatiques développées par le CNOM.

¹ Conformément aux articles D. 4113-117 et suivants du code de la santé publique, le Conseil national de l'Ordre des médecins est tenu de mettre à jour le RPPS.



Annexe A. AUTRES LIEUX D'ACTIVITE (cf. page 6)

<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Hospitalier	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Bénévole	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) :					
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) :					
Date de début : ____ / ____ / ____					
Dénomination sociale :			Tél. :		
Etage-Escalier-Appart. :			Fax :		
Immeuble-Bât.-Résidence :			Mobile :		
N° et libellé de la voie :			E-mail :		
Lieu-dit - BP. :					
CP. :			Ville :		

<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Hospitalier	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Bénévole	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) :					
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) :					
Date de début : ____ / ____ / ____					
Dénomination sociale :			Tél. :		
Etage-Escalier-Appart. :			Fax :		
Immeuble-Bât.-Résidence :			Mobile :		
N° et libellé de la voie :			E-mail :		
Lieu-dit - BP. :					
CP. :			Ville :		

<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Hospitalier	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Bénévole	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) :					
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) :					
Date de début : ____ / ____ / ____					
Dénomination sociale :			Tél. :		
Etage-Escalier-Appart. :			Fax :		
Immeuble-Bât.-Résidence :			Mobile :		
N° et libellé de la voie :			E-mail :		
Lieu-dit - BP. :					
CP. :			Ville :		

<input type="checkbox"/> Libéral	<input type="checkbox"/> Hospitalier	<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Bénévole	<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel
Fonction (telle qu'elle figure dans le contrat communiqué) :					
Statut (tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination) :					
Date de début : ____ / ____ / ____					
Dénomination sociale :			Tél. :		
Etage-Escalier-Appart. :			Fax :		
Immeuble-Bât.-Résidence :			Mobile :		
N° et libellé de la voie :			E-mail :		
Lieu-dit - BP. :					
CP. :			Ville :		



Annexe B. LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

POUR UNE PREMIÈRE INSCRIPTION

- 1 questionnaire rempli et signé accompagné de la feuille d'information
- 1 photographie d'identité,
- 1 chèque bancaire ou postal de **182,50 €** libellé à l'Ordre des Médecins du Val de Marne (exonération le dernier trimestre de l'année).
- Une photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (ou, le cas échéant, une attestation de nationalité délivrée par une autorité compétente) ;
- Le cas échéant, une photocopie de la carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union en cours de validité ;
- Le cas échéant, une photocopie de la carte de résident de longue durée-CE en cours de validité ;
- Le cas échéant, une photocopie de la carte de résident portant mention du statut de réfugié en cours de validité ;
- Le cas échéant, une photocopie de la carte bleue européenne en cours de validité ;
- Une copie des titres de formation, accompagnée, le cas échéant, d'une traduction faite par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- Si vous êtes ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen et que vos titres de formation ont été délivrés par l'un de ces Etats, vous devez joindre selon votre situation :
 - soit une attestation de conformité de vos titres de formation aux exigences minimales de formation prévues par la directive 2005/36/CE modifiée ;
 - soit une attestation certifiant que vous vous êtes consacré effectivement et licitement à l'exercice de la profession de médecin dans votre spécialité pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance de l'attestation (droits acquis) ;
 - soit, si vos titres de formation ont été délivrés par l'ancienne Tchécoslovaquie, l'ancienne Union soviétique ou l'ancienne Yougoslavie ou qu'ils sanctionnent une formation commencée avant la date d'indépendance de la République tchèque, de la Slovaquie, de l'Estonie, de la Lettonie, de la Lituanie ou de la Slovénie, vous devez joindre selon votre situation :
 - ✓ une attestation des autorités compétentes de la République tchèque ou de la Slovaquie certifiant que vos titres de formation ont la même validité sur le plan juridique que les titres de formation délivrés par cet Etat, accompagnée d'un certificat délivré par ces mêmes autorités indiquant que vous avez exercé dans cet Etat, de façon effective et licite, la profession de médecin dans la spécialité concernée pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance du certificat ;

✓ une attestation des autorités compétentes de l'Estonie, de la Lettonie ou de la Lituanie certifiant que vos titres de formation ont la même validité sur le plan juridique que les titres de formation délivrés par cet Etat, accompagnée d'un certificat délivré par ces mêmes autorités indiquant que vous avez exercé dans cet Etat, de façon effective et licite, la profession de médecin dans la spécialité concernée pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance du certificat ;

✓ une attestation des autorités compétentes de la Slovénie certifiant que vos titres de formation ont la même validité sur le plan juridique que les titres de formation délivrés par cet Etat, accompagnée d'un certificat délivré par ces mêmes autorités indiquant que vous avez exercé dans cet Etat, de façon effective et licite, la profession de médecin dans la spécialité concernée pendant au moins trois années consécutives au cours des cinq années précédant la délivrance du certificat ;

- soit une attestation certifiant que vous bénéficiez des droits acquis spécifiques en médecine générale (article 30 de la directive 2005/36/CE modifiée) ;

- Si vous avez obtenu une autorisation ministérielle d'exercice : la copie de la notification d'autorisation ministérielle d'exercice ainsi que l'extrait du Journal Officiel ;
- Un curriculum vitae ;
- Les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de la profession ;
- Si vous exercez en société (SEL, SCP), les statuts de cette société et leurs avenants ;
- Si vous êtes fonctionnaire ou agent public : l'arrêté de nomination ;
- Si vous êtes professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH), maître de conférences des universités-praticien hospitalier (MCU-PH) ou praticien hospitalier (PH) : l'arrêté de nomination en qualité de praticien hospitalier et, le cas échéant, le décret ou l'arrêté de nomination en qualité de professeur des universités ou de maître de conférences des universités ;
- Si vous êtes ressortissant d'un Etat étranger, un extrait de casier judiciaire ou un document équivalent, datant de moins de trois mois, délivré par une autorité compétente de l'Etat d'origine ou de provenance ; cette pièce peut être remplacée, si vous êtes ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, par une attestation datant de moins de trois mois de l'autorité compétente de l'Etat d'origine ou de provenance certifiant que vous remplissez les conditions de moralité ou d'honorabilité ;
- Une déclaration sur l'honneur certifiant qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur l'inscription au tableau n'est en cours à votre encontre ;
- Attestation sur l'honneur ci-jointe
- Un certificat de radiation d'inscription ou d'enregistrement délivré par l'autorité auprès de laquelle vous étiez antérieurement inscrit ou enregistré ou, à défaut, une déclaration sur l'honneur certifiant que vous n'avez jamais été inscrit ou enregistré, ou, à défaut, un certificat d'inscription ou d'enregistrement dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- Tous éléments de nature à établir que vous possédez les connaissances linguistiques nécessaires à l'exercice de la profession.



ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné Docteur demande mon inscription au tableau du Conseil départemental du Val de Marne de l'Ordre des médecins.

- ☐ J'affirme sur l'honneur avoir pris connaissance du code de déontologie médicale et je fais serment de le respecter.
- ☐ J'atteste sur l'honneur l'exactitude des déclarations renseignées et m'engage à signaler au Conseil départemental de l'Ordre des médecins sous un délai d'un mois toute modification de la situation que j'aurais déclarée et à répondre à toute demande de renseignements émanant de l'ordre des médecins.

- ☐ Je reconnais **être** informé(e) que le défaut de réponse aux questions ci-dessus est susceptible d'entraîner un refus d'inscription et que toute fausse déclaration peut donner lieu à des poursuites disciplinaires pour les médecins inscrits (article R. 4127-110 du code de la santé publique) ou pénales (article L.4163-8 du code de la santé publique et articles 441-1 et suivants du code pénal).

- ☐ Je reconnais être informé(e) que :

Les informations recueillies, sur ce questionnaire et dans le cadre de mises à jour ultérieures, sont enregistrées dans un fichier informatisé par l'ordre des médecins. Le responsable de ce traitement est l'ordre des médecins.

Les données recueillies sont utilisées pour les finalités suivantes :

- Tenir à jour le tableau des médecins inscrits et la liste de ceux ayant sollicités leur inscription ;
- Répondre à l'obligatoire prévue aux articles L. 4113-2 et D. 4113-121 du code de la santé publique de porter à la connaissance du public la liste des médecins inscrits au tableau de l'ordre ; établir des listes de correspondance pour l'envoi du bulletin de l'ordre et d'informations relatives aux missions de l'ordre des médecins ;
- Réaliser des études démographiques avec des données pseudonymisées.

La base légale du traitement est le respect d'obligations légales.

- ☐ Je consens à recevoir diverses informations ordinales strictement liées à l'exercice de la profession.

Si vous êtes tenu(e) de souscrire une assurance en responsabilité civile professionnelle en application des dispositions de l'article L. 1142-2 du code la santé publique.

- ☐ J'affirme sur l'honneur avoir contracté une assurance responsabilité civile professionnelle en application de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique.

Date :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Ces données sont destinées à l' Ordre des médecins et au répertoire protégé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS conformément à l'obligation de tenir à jour le RPPS prévue aux article D.4113-117 et suivants du code de la santé publique.

Elles peuvent également être communiquées, lorsque nécessaire, aux instances représentatives de la profession des Etats membres de l'Unit européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi qu'à celles établies hors Union européenne.

Les données collectées ne sont pas revendues. Les données non publiques au sens de l'arrêté du 23 septembre 2022 relatif à la mise en œuvre du répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) ne sont pas partagées avec des tiers non autorisés. Dans le cas de ses missions, l'ordre peut être amené à les partager avec des sous-traitants respectant les mesures de sécurité nécessaires.

Les données sont conservées pendant 20 ans à compter de la date de radiation.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement, ou encore d'opposition sous certaines conditions. Vous pouvez exercer vos droits auprès de votre Conseil départemental. Si vous n'êtes pas satisfait par la réponse apportée, vous porter une réclamation à la CNIL, le cas échéant.