



## 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** :  Libérale (Lib)  Salariée (Sal)  Hospitalière (Hos)  Autre (A):

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**

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

1-  Lib  Sal  Hôs  A  h/sem ou ..... 1/2 j/sem

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

Adresse du site : .....

2-  Lib Sal H<sup>os</sup> A  h/sem ou 1/2 j/sem

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

Adresse du site : .....

3-  Lib Sal H<sup>os</sup> A  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 de jours/demi-journées)  
:

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

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