



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): Selarl (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

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

1- Lib Sal Hos A Sel h/sem ou 1/2 j/sem

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

Adresse du site :

.....

2- Lib Sal Hos A Sel h/sem ou 1/2 j/sem

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

Adresse du site :

.....

3- Lib Sal Hos A 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 de jours/demi-journées) :

.....

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

Autre (A): 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 (nombre de jours / demi journées)
sur la résidence professionnelle principale et les autres sites (tableau à compléter).**

	MATIN	APRES-MIDI
LUNDI		
MARDI		
MERCREDI		
JEUDI		
VENDREDI		
SAMEDI		
DIMANCHE		