**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 :

Qualification principale exercée  :*(menu déroulant)*

Autres disciplines exercées (Compétences, DESC du groupe 1, VAE ordinale, Capacités, Orientations) : ………………………………………………………………………………………………...…...

Adresse de correspondance :……………………………………………………………..……

Code postal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Commune………………………………………………........

N° de téléphone |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ; |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

*Fixe Mobile*

Adresse électronique :…………………………………………………………………………..

**II – 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 connaitre une éventuelle opposition par une décision motivée).*

**III- Nature de l’activité nouvelle :**

- consultations (décrire): …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….……

- actes médico techniques (décrire) : …………………………………………………....

…………………………………………………………………………………………….…………

- actes chirurgicaux (décrire) : ………………………………………………..…………..

………………………………………………………………………………………………….……

- autres (décrire) : : …………………………………………………………………….…..

………………………………………………………………………………………………….……

**IV- Renseignements sur l’activité au lieu de la résidence professionnelle et des autres sites déjà déclarés :**

Adresse de la résidence professionnelle (premier site)  :……………………............................

……………………………………………………………………………………………………………

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours) : …………………….

Autres sites d’exercice déjà déclarés :

* NON
* OUI

Nombre de sites :

1er site

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

Adresse du site :…………………………………………………..……................................

…………………………………………………………………………………………………...

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours) : …………………….

2e site

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

Adresse du site :…………………………………………………..……................................

…………………………………………………………………………………………………...

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours) : …………………….

**V-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*)…………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………...….

…………………………………………………………………………………………………………....

……………………………………………………………………………………………………..…..…
……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………....

……………………………………………………………………………………………………..…..…
……………………………………………………………………………………………………………

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours) : ……………………………

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 utile à l’examen de la déclaration

- le(s) projet(s) de contrat(s) relatifs à l’objet de la déclaration