

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 :

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 - Renseignements sur la ou les activité(s) déjà existantes :

Adresse de la résidence professionnelle (**activité principale** où vous exercez le plus de temps sur une semaine) :

.....

Type d'activité : ☐ salariée ☐ libérale ☐ hospitalier

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours) :

Autres sites d'exercice déjà déclarés :

☐ NON ☐ OUI

• **1^{er} site d'exercice secondaire déjà déclaré :**

Type d'activité : ☐ salariée ☐ libérale ☐ hospitalier

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

Adresse du site :

.....

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours) :

• **autres sites d'exercice déjà déclarés :**

Type d'activité : ☐ salariée ☐ libérale ☐ hospitalier

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

Adresse du site :

.....

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours) :

Type d'activité : ☐ salariée ☐ libérale ☐ hospitalier

Date de début d'activité : ____/____/____

Adresse du site :

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours) :

III – Adresse complète du site pour lequel la déclaration est faite (activité nouvelle) :

.....
.....

Type d'activité : ☐ salariée ☐ libérale ☐ hospitalier

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) :

III- Nature de l'activité nouvelle :

- consultations (décrire) :
- actes médico techniques (décrire) :
- actes chirurgicaux (décrire) :
- autres (décrire) : :

IV-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 utile à l'examen de la déclaration
- le(s) projet(s) de contrat(s) relatifs à l'objet de la déclaration