

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 connaître 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) :

.....

Autres sites d'exercice déjà déclarés :

- NON
- OUI

Nombre de sites :

1^{er} site

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

Adresse du site :

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours/demi-journées) :

2^e site

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

Adresse du site :

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours/demi-journées) :

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/demi-journées) :

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

