

**Déclaration préalable d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct à adresser  
au conseil départemental du lieu où se situe le site  
au plus tard deux mois avant le début d'activité  
**DUMENT REMPLIE ET ACCOMPAGNEE DE TOUT DOCUMENT UTILE****

*Article R. 4127-85 du code de la santé publique  
modifié par le décret n° 2019-511 du 23 Mai 2019*

**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 distinct 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 sur le site distinct :**

- consultations (décrire): .....

.....

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

.....

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

.....

- autres (décrire) : : .....

.....

- continuité des soins (décrire) :

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

Adresse de la résidence professionnelle habituelle (premier site)

.....

Autres sites d'exercice :

- NON
- OUI

Nombre d'exercice en sites distincts :

1<sup>er</sup> site

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

Adresse du site :.....

.....

2<sup>e</sup> site

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

Adresse du site :.....

.....

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours/demi-journées) sur la résidence professionnelle et les autres sites (tableau à compléter)

	<b>MATIN</b>	<b>APRES MIDI</b>
LUNDI		
MARDI		
MERCREDI		
JEUDI		
VENDREDI		
SAMEDI		
DIMANCHE		

## **V-Conditions de l'exercice sur le site distinct envisagé**

### Qualité et sécurité des soins (contrats)

- 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

Il s'agit de bien définir les dispositions qui sont prises pour assurer la continuité des soins sur chacun des différents sites, **rubrique à préciser avec beaucoup de soins, impérativement en joignant les justificatifs utiles.**

Exemple : mesures contractuelles prévoyant la continuité des soins ou engagement écrits et signés des confrères assurant la continuité des soins, dans les sites suivants :

**Au Domicile professionnel :**

**Autres sites distincts accordés :**

1<sup>er</sup> site

.....

2<sup>e</sup> site

.....

3<sup>e</sup> site

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