

**Déclaration préalable d'ouverture d'un site distinct de la résidence
professionnelle d'une SEL**

**A 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 R4113- 23 du code de la santé publique

I - Identification du déclarant

Société

Dénomination de la SEL

Département d'inscription de la SEL.....

N° départemental d'inscription de la SEL.....

Adresse du siège social

Code postal |_|_|_|_|_| Commune.....

- SEL mono disciplinaire de (préciser la qualification principale exercée et/ou les autres disciplines exercées (compétences, DESC de groupe 1, VAE ordinale, capacités,orientations)).....
.....
- SEL pluri disciplinaire de (préciser les qualifications principales exercées et/ou les autres disciplines exercées (compétences, DESC de groupe 1, VAE ordinale, capacités,orientations)).....
.....

Représentant légal de la société

Nom :; prénom :

Mandat (gérant/président/...) :

N° départemental d'inscription au Tableau de l'Ordre :

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

Fixe

Mobile

Adresse électronique :

Identification de l'associé/des associés qui exercera/ont sur le nouveau site

1. Nom :
Prénom :
N° départemental d'inscription au Tableau de l'Ordre :
Conseil départemental d'inscription :
Qualification :

2. Nom :
Prénom :
N° départemental d'inscription au Tableau de l'Ordre :
Conseil départemental d'inscription :
Qualification :

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 envisagée sur le nouveau site :

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

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

IV - Renseignements sur l'activité au lieu de la résidence professionnelle et le cas échéant, sur les autres sites déjà autorisés

Adresse de la résidence professionnelle :
.....

Autres sites d'exercice :

- ☐ NON
- ☐ OUI

Nombre de sites :

- 1^{er} site
Date du début d'activité : ____/____/____
Adresse du site :
.....
Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours/demi-journées) :

- 2^e site
 Date du début d'activité : ____|____|/|____|____|/|____|____|____|____|
 Adresse du site :

 Temps hebdomadaire consacré (*nombre de jours/demi-journées*) :
- 3^e site
 Date du début d'activité: ____|____|/|____|____|/|____|____|____|____|
 Adresse du site :

 Temps hebdomadaire consacré (*nombre de jours/demi-journées*) :
- 4^e site
 Date du début d'activité: ____|____|/|____|____|/|____|____|____|____|
 Adresse du site :

 Temps hebdomadaire consacré (*nombre de jours/demi-journées*) :
- 5^e site
 Date du début d'activité: ____|____|/|____|____|/|____|____|____|____|
 Adresse du site :

 Temps hebdomadaire consacré (*nombre de jours/demi-journées*) :
- 6^e site
 Date du début d'activité : ____|____|/|____|____|/|____|____|____|____|
 Adresse du site :

 Temps hebdomadaire consacré (*nombre de jours/demi-journées*) :
- 7^e site
 Date du début d'activité: ____|____|/|____|____|/|____|____|____|____|
 Adresse du site :

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

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

	MATIN	APRES MIDI
LUNDI		
MARDI		
MERCREDI		
JEUDI		
VENDREDI		
SAMEDI		
DIMANCHE		

V-Conditions de l'exercice sur le site 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

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^{er} site

.....

2^e site

.....

3^e site

Je soussigné(e) (nom et prénom du représentant légal de la société déclarante).....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 la résidence professionnelle de la SEL,

- que l'ouverture du site n'est pas contraire aux dispositions législatives et réglementaires.

Fait le ____/____/____/____/____/____/____ à

Pièces à joindre :

- toute pièce utile à l'examen de la déclaration
- le(s) projet(s) de contrat(s) relatifs aux locaux ou aux matériels