

**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
DOCUMENT 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^{er} site

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

Adresse du site :
.....

2^e 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)

	MATIN	APRES MIDI
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^{er} site
.....

2^e site
.....

3^e 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