

## 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<sup>er</sup> site

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

Adresse du site : .....

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

2<sup>e</sup> 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 (**OBLIGATOIRE**)

*Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'Ordre des médecins sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition et d'effacement des données les concernant, qu'elles peuvent exercer par courrier postal ou par courrier électronique.*