

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

***A adresser au conseil départemental du lieu où se situe le site  
au plus tard deux mois avant le début d'activité***

Article R4113- 74 du code de la santé publique

**I - Identification du déclarant**

Dénomination de la SCP : .....

Département d'inscription de la SCP : .....

N° départemental d'inscription de la SCP : .....

Adresse du siège social : .....

Code postal |\_|\_|\_|\_|\_| Commune : .....

- SCP mono disciplinaire de (préciser la qualification principale exercée et/ou les autres disciplines exercées : compétences, DESC de groupe 1, VAE ordinale, capacités, orientations) : .....  
.....
- SCP pluridisciplinaire 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 de portable |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| .....

N° de téléphone fixe |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| .....

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 - Renseignements sur l'activité principale et celle des autres sites déjà déclarés :**

**Adresse de l'activité principale (1<sup>er</sup> site)** : .....

.....

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

**Autres sites d'exercice déjà déclarés :**

NON

OUI

Nombre de sites : .....

**2<sup>ème</sup> site**

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

Adresse du site : .....

.....

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

**3<sup>ème</sup> site**

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

Adresse du site : .....

.....

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

**4<sup>ème</sup> site**

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

Adresse du site : .....

.....

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

**5<sup>ème</sup> site**

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

Adresse du site : .....

.....

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

**6<sup>ème</sup> site**

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

Adresse du site : .....  
.....

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

**III - 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).

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

**IV - Nature de l'activité envisagée sur le nouveau site :**

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

**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

- dispositions prises pour assurer la continuité des soins sur les différents sites (*rubrique à préciser impérativement avec beaucoup de soins*) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 SCP,
- 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
- le planning prévisionnel d'activités (ci-dessous)

## PLANNING D'ACTIVITES

### 1. Le détail de vos demi-journées travaillées pour le LME DECLARE (à cocher) :

**LUNDI Matin**        **LUNDI AM**        Lieu/Commentaires : .....

**MARDI Matin**        **MARDI AM**        Lieu/Commentaires : .....

**MERCREDI Matin**        **MERCREDI AM**        Lieu/Commentaires : .....

**JEUDI Matin**        **JEUDI AM**        Lieu/Commentaires : .....

**VENDREDI Matin**        **VENDREDI AM**        Lieu/Commentaires : .....

### 2. Le détail de vos demi-journées travaillées pour l'ACTIVITE PRINCIPALE et les AUTRES LME EVENTUELS (à cocher) :

**LUNDI Matin**        **LUNDI AM**        Lieu/Commentaires : .....

**MARDI Matin**        **MARDI AM**        Lieu/Commentaires : .....

**MERCREDI Matin**        **MERCREDI AM**        Lieu/Commentaires : .....

**JEUDI Matin**        **JEUDI AM**        Lieu/Commentaires : .....

**VENDREDI Matin**        **VENDREDI AM**        Lieu/Commentaires : .....