

**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***

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 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 |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ; |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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 (décrire) : .....
- .....

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

**IV - 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 :

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) : .....

**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 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 d'inscription au tableau,
- 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 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 : .....