

**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 : .....

Autres disciplines exercées (Compétences, DESC du groupe 1, VAE ordinale, Capacités, Orientations) : .....

Exercez-vous en SEL ou en SCP ?

NON

OUI : est-ce que votre demande concerne un exercice en nom personnel ?

OUI :

- Vous êtes-vous assuré que les statuts de la société n'interdisent pas une activité médicale en dehors de la société

Oui

- Afin de vérifier la conformité de cette activité aux dispositions de l'article R 4113-3 du code de la santé publique, énoncez les motifs qui vous ont conduit à exercer en SEL

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

NON : **cette demande concerne l'exercice de la société ► remplissez le formulaire qui concerne la demande par la SEL ou la SCP.**

Adresse de correspondance : .....

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

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

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

Adresse électronique : .....

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

**Activité principale :**

**Libérale**       **Salariée**       **Hospitalière**  Statut : .....

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 : .....

**Activité 2<sup>ème</sup> site**

**Libérale**       **Salariée**       **Hospitalière**  Statut : .....

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

Adresse du site : .....

.....

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

**Activité 3<sup>ème</sup> site**

**Libérale**       **Salariée**       **Hospitalière**  Statut : .....

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

Adresse du site : .....

.....

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

**Activité 4<sup>ème</sup> site**

**Libérale**       **Salariée**       **Hospitalière**  Statut : .....

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 demi-journées) : .....

**IV- Nature de l'activité nouvelle :**

**Libérale**     **Salariée** (*joindre le contrat*)     **Hospitalière**  Statut : .....

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

**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

- Toutes dispositions et informations utiles pour assurer la continuité des soins<sup>1</sup> lors de vos absences sur les différents sites : (rubrique à préciser avec beaucoup de soins impérativement)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

---

<sup>1</sup> Article R4127-47 du code de la santé publique « la continuité des soins aux malades doit être assurée ».

## PLANNING D'ACTIVITES

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

<b>LUNDI Matin</b>	<input type="checkbox"/>	<b>LUNDI AM</b>	<input type="checkbox"/>	Lieu/Commentaires : .....
<b>MARDI Matin</b>	<input type="checkbox"/>	<b>MARDI AM</b>	<input type="checkbox"/>	Lieu/Commentaires : .....
<b>MERCREDI Matin</b>	<input type="checkbox"/>	<b>MERCREDI AM</b>	<input type="checkbox"/>	Lieu/Commentaires : .....
<b>JEUDI Matin</b>	<input type="checkbox"/>	<b>JEUDI AM</b>	<input type="checkbox"/>	Lieu/Commentaires : .....
<b>VENDREDI Matin</b>	<input type="checkbox"/>	<b>VENDREDI AM</b>	<input type="checkbox"/>	Lieu/Commentaires : .....

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

<b>LUNDI Matin</b>	<input type="checkbox"/>	<b>LUNDI AM</b>	<input type="checkbox"/>	Lieu/Commentaires : .....
<b>MARDI Matin</b>	<input type="checkbox"/>	<b>MARDI AM</b>	<input type="checkbox"/>	Lieu/Commentaires : .....
<b>MERCREDI Matin</b>	<input type="checkbox"/>	<b>MERCREDI AM</b>	<input type="checkbox"/>	Lieu/Commentaires : .....
<b>JEUDI Matin</b>	<input type="checkbox"/>	<b>JEUDI AM</b>	<input type="checkbox"/>	Lieu/Commentaires : .....
<b>VENDREDI Matin</b>	<input type="checkbox"/>	<b>VENDREDI AM</b>	<input type="checkbox"/>	Lieu/Commentaires : .....