

## 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