

## **Demande de cumul d'exercices en société d'exercice libéral (SEL) et à titre individuel**

*(Articles R.4113-3 et R.4127-85 du Code de la santé publique)*

### **I. Identification du déclarant**

Demande formulée **par le Docteur** :

- Nom : .....
- Prénom : .....
- Inscrit au Tableau du Conseil départemental de : .....  
Sous le numéro : .....
- Qualification principale : .....
- Autres disciplines exercées (Compétences, DESC du groupe 1, VAE ordinale, Capacités, Orientations) :  
.....
- Adresse de correspondance : .....  
Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Commune : .....
- Coordonnées :  
N° de téléphone : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ; |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Adresse électronique : .....

### **II. Identification de la société (SEL)**

- Dénomination sociale : .....
- Inscrite au Tableau du Conseil départemental de : .....  
Sous le numéro : .....
- Adresse du siège social : .....  
.....

### III. Lieux d'exercices

#### 1. Concernant votre exercice à titre individuel :

- Type d'activité :             Salariée                     Libérale
- Adresse : .....
- Temps hebdomadaire consacré (nombre de demi-journées) : .....

#### 2. Concernant votre exercice en SEL :

- Adresse de la résidence professionnelle de votre SEL (activité principale) : .....  
.....
- Temps hebdomadaire consacré (nombre de demi-journées) : .....
- Autre(s) site(s) d'exercice déjà déclaré(s) (activité(s) secondaire(s)) :
  - Aucun
  - Oui - nombre de sites : .....
  - 1<sup>er</sup> site distinct :  
  
Adresse du site : .....  
.....  
  
Temps hebdomadaire consacré (nombre de demi-journées) : .....
  - Autres sites distincts (indiquer l'adresse et le temps hebdomadaire consacré) : .....  
.....

#### 3. Continuité des soins sur l'ensemble de vos lieux d'exercices :

- A l'adresse de votre activité à titre individuel :.....  
.....  
.....
- A l'adresse de la résidence professionnelle de votre SEL (activité principale) : .....  
.....  
.....
- A l'adresse du 1<sup>er</sup> site distinct de votre SEL (activité secondaire) : .....  
.....
- A l'adresse des autres sites de votre SEL (activité(s) secondaire(s)) : .....  
.....

#### IV. Critère(s) sur le(s)quel(s) est fondée la demande de cumul

*En principe, lorsqu'un médecin décide d'exercer en SEL, il ne peut plus, selon l'article R. 4113-3 du Code de la santé publique, exercer à titre individuel, c'est-à-dire en dehors de sa SEL.*

*Toutefois, il est possible de demander au Conseil de l'Ordre un cumul d'exercice afin de pouvoir conserver une activité individuelle lors de la création de la SEL ou afin d'exercer une activité individuelle après la création de cette SEL.*

*Pour ce faire, il convient de justifier de la nécessité de l'exercice en SEL (et non l'exercice à titre individuel) en démontrant qu'au moins un des trois motifs ci-après définis vous est applicable :*

Toute case cochée doit être accompagnée d'une explication :

- L'exercice dans votre SEL est lié à des techniques médicales nécessitant un regroupement ou un travail en équipe (**motif non applicable dans le cadre d'une SEL unipersonnelle**, si vous êtes le seul associé)

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

- L'exercice dans votre SEL est lié à l'acquisition d'équipements ou de matériels lourds soumis à autorisation (Exemples : Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique ou scanographe à utilisation médicale – Art. L.6122-1 du code de la santé publique et Décret n° 2004-1289 du 26 novembre 2004)

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

- L'exercice dans votre SEL nécessite l'acquisition d'équipements ou de matériels qui justifient des utilisations multiples (Exemples : Echographes, lasers, matériels d'ophtalmologie pour la réalisation d'OCT, etc.)

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

**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,**

*(Le Conseil départemental vous informe que toute déclaration volontairement inexacte ou incomplète faite au Conseil de l'Ordre par un médecin peut donner lieu à des poursuites disciplinaires, conformément à l'article R. 4127-110 du Code de la santé publique)*

- **Que l'ouverture du site n'est pas contraire aux dispositions législatives et réglementaires.**

Fait le \_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|/|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

à .....

**Signature :**

#### **PIÈCES A JOINDRE AU PRÉSENT FORMULAIRE DE DÉCLARATION**

- **Projet de contrat ou contrat afférent à l'adresse nouvelle, objet de la déclaration (OBLIGATOIRE)**  
*Exemples : Contrat de travail, contrat d'exercice libéral, contrat de collaboration, contrat de bail professionnel, contrat de mise à disposition, acte de vente, etc.*
- **Tout élément utile à l'examen de votre déclaration**  
*Exemples : Diplôme, Déclaration faite à votre chef de service PHC, etc.*