

## Déclaration préalable d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct

A adresser au Conseil départemental du lieu où se situe le site déclaré *au plus tard deux mois avant le début d'activité*  
(Art. 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. Renseignements sur la ou les activité(s) déjà existante(s)

### 1. Résidence professionnelle (Activité principale où vous exercez majoritairement sur une semaine)

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

### 2. Autres sites d'exercices déjà déclarés (Activités secondaires)

- Aucun
- Oui - Nombre de sites : .....

- 1<sup>er</sup> site d'exercice secondaire déjà déclaré :

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

- Autres sites déjà déclarés :

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

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

### III. Renseignements sur l'activité **nouvelle**, objet de la déclaration

1. Type d'activité :             Salariée                     Libérale
  
2. Adresse : .....
  
3. Temps hebdomadaire consacré (nombre de demi-journées) : .....
  
4. Date prévisionnelle de début d'activité : \_\_|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
(Le Conseil départemental *dispose d'un délai deux mois à compter de la réception* de ce formulaire de déclaration pour vous faire connaître une éventuelle opposition par une décision motivée).
  
5. Nature de l'activité déclarée et des conditions d'exercice :  
(Le Conseil départemental vérifie notamment que *l'obligation de qualité et de sécurité des soins* soit respectée).
  - Consultations (décrire) : .....  
.....
    - Moyens en personnel afférents : .....  
.....
    - Matériels afférents (existants et/ou prévus) : .....  
.....
  
  - Actes médico techniques (décrire) : .....  
.....
    - Moyens en personnel afférents : .....  
.....
    - Matériels afférents (existants et/ou prévus) : .....  
.....
  
  - Autres (décrire) : .....  
.....
    - Moyens afférents (en personnel et matériel) : .....  
.....
  
6. Environnement de travail (préciser si d'autres professionnels exercent dans les mêmes locaux, et leurs professions et spécialités le cas échéant) : .....  
.....  
.....  
.....

#### IV. Sur la continuité des soins

(Le Conseil départemental vérifie notamment que l'obligation continuité des soins sur vos différents sites d'exercices soit respectée).

Préciser les dispositions prises pour assurer la continuité des soins sur l'ensemble de vos sites d'exercice :

- A l'adresse de la résidence professionnelle (Activité principale) :

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

- A l'adresse des autres sites (Activité(s) secondaire(s) déjà existantes) :

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

- A l'adresse de l'activité nouvelle, objet de la déclaration :

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

**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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

à .....

**Signature :**

**PIECES A JOINDRE AU PRESENT FORMULAIRE DE DECLARATION**

- **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.*