



**CONSEIL DEPARTEMENTAL DU RHONE
DE L'ORDRE DES MEDECINS**
3 rue de la Part-Dieu 69003 LYON
Tél : **04 72 84 95 60**
Mail : **lme.69@ordre.medecin.fr**

DECLARATION FORMULEE AU TITRE DE :

- Article R.4127-85 du code de la santé publique ⇒ à titre individuel
- Article R.4113-23 du code de la santé publique ⇒ pour le compte d'une SEL
- Article R.4113-74 du code de la santé publique ⇒ pour le compte d'une SCP

DECLARATION FORMULEE PAR :

Le Docteur **(Prénom & Nom)**

Spécialisé(e) en

La SELARL

La SCP.....

Téléphone portable et fixe pour vous joindre :

Adresse électronique

Inscrit au tableau du Conseil départemental sous le n° :

* *Pour les médecins inscrits dans un autre département - N° du département*

VOTRE SITUATION ACTUELLE

- Exercice libéral à titre individuel
- Exercice libéral en SEL (SELARL, SELAS, SELAFA, SELACA)
- Exercice libéral en SCP
- Exercice salarié
- Exercice hospitalier :

Votre résidence professionnelle principale :

Adresse :

Nature de l'activité (consultations, actes spécifiques nécessitant un plateau technique dédié, expertises...) :

Votre ou vos autre(s) site(s) d'exercice déjà autorisés :

Adresse(s) :

Temps consacré à ces activités:

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE DEMANDE D'AUTORISATION
D'EXERCICE EN SITE DISTINCT**

En cas de SEL ou SCP

Dénomination de la société

Département d'inscription et N° départemental d'inscription de la société.....

Adresse du siège social

Code postal |_|_|_|_|_| Commune.....

Représentant légal de la société

Nom Prénom

Mandat (gérant/président/...) :

Identification de l'associé/des associés qui exercera/ont sur le nouveau site

Nom : Prénom :

N° départemental d'inscription au Tableau de l'Ordre :

Nom : Prénom :

N° départemental d'inscription au Tableau de l'Ordre :

Nom : Prénom :

N° départemental d'inscription au Tableau de l'Ordre :

Adresse(s) du/des site(s) pour le(s)quel(s) vous demandez notre autorisation :

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

Date de début d'activité :

Temps hebdomadaire :

(Merci de préciser les jours concernés) :

.....

Nature de l'activité envisagée :

- Activité de consultation seule
- Activité de consultation et actes techniques hors plateau technique lourd
- Activité de consultation et actes techniques avec plateau technique lourd
 - ambulatoire exclusif
 - hospitalisation
- Actes techniques hors plateau technique lourd seuls
- Actes techniques avec plateau technique lourd seuls
 - ambulatoire exclusif
 - hospitalisation
- Activité de télémédecine

CONDITIONS D'EXERCICE SUR LE SITE DEMANDE

QUALITE ET SECURITE DES SOINS

Description de l'installation : (locaux, prise de rendez-vous, secrétariat, moyens en personnel et matériel disponible)

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

CONTINUITE DES SOINS

Dispositions prises pour assurer la continuité des soins et la réponse aux urgences :

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

En votre absence, où seront orientés vos patients ?

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

Quel suivi après des actes techniques ?

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

Si chirurgie ambulatoire, quel établissement de recours ?

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

Si chirurgie hospitalisée, comment s'organisera le suivi du patient ?

.....
.....

En cas de recours à un/des confrère(s) tiers pour la continuité des soins, merci de joindre une attestation écrite de ce confrère.

Date :

Signature :

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT POUR LA BONNE PRISE EN COMPTE DE VOTRE DOSSIER :

CONTRAT + ACCORD DE LA CME pour un exercice demandé dans une clinique ou un hôpital

N.B. : en application des dispositions de l'article L. 4113-9 du Code de la Santé Publique, les contrats concernant votre exercice professionnel doivent nous être transmis pour avis.



**CONSEIL DEPARTEMENTAL DU RHONE
DE L'ORDRE DES MEDECINS**
3 rue de la Part-Dieu 69003 LYON
Tél : **04 72 84 95 60**
Mail : **lme.69@ordre.medecin.fr**

Article R.4127-85 du Code de la Santé Publique

Le lieu habituel d'exercice d'un médecin est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit sur le tableau du conseil départemental, conformément à l'article L. 4112-1

« Un médecin peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle, sous réserve d'adresser par tout moyen permettant de donner date certaine à sa réception, au plus tard deux mois avant la date prévisionnelle de début d'activité, une déclaration préalable d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée. Ce dernier la communique sans délai au conseil départemental au tableau duquel le médecin est inscrit lorsque celui-ci a sa résidence professionnelle dans un autre département.

La déclaration préalable doit être accompagnée de toutes informations utiles à son examen. Le conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée ne peut s'y opposer que pour des motifs tirés d'une méconnaissance des obligations de qualité, sécurité et continuité des soins et des dispositions législatives et réglementaires.

Le conseil départemental dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception de la déclaration pour faire connaître au médecin cette opposition par une décision motivée. Cette décision est notifiée par tout moyen permettant de donner date certaine à sa réception.

La déclaration est personnelle et incessible. Le conseil départemental peut, à tout moment, s'opposer à la poursuite de l'activité s'il constate que les obligations de qualité, sécurité et continuité des soins ne sont plus respectées.

Les décisions prises par les conseils départementaux peuvent faire l'objet d'un recours hiérarchique devant le conseil national. Ce recours hiérarchique doit être exercé avant tout recours contentieux. »