

II – Adresse complète du site pour lequel la déclaration est faite :

.....

III- Nature de l'activité envisagée sur le nouveau site :

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

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours/demi-journées) :

IV - Renseignements sur l'activité au lieu de la résidence professionnelle et le cas échéant, sur les autres sites déjà autorisés

Adresse de la résidence professionnelle :

.....

Nature de l'activité au lieu de la résidence professionnelle :

.....

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours/demi-journées) :

Autres sites d'exercice:

NON

OUI

Nombre de sites autorisés :

- 1^{er} site

Date du début d'activité : ____|____|/|____|____|/|____|____|____|____|

Adresse du site :

.....

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours/demi-journées) :

- 2^e site

Date du début d'activité : ____|____|/|____|____|/|____|____|____|____|

Adresse du site :

.....

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours/demi-journées) :

- 3^e site

Date du début d'activité: __|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Adresse du site :.....

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours/demi-journées) :

- 4^e site

Date du début d'activité : __|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Adresse du site :.....

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours/demi-journées) :

- 5^e site

Date du début d'activité : __|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Adresse du site :.....

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours/demi-journées) :

- 6^e site

Date du début d'activité : __|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Adresse du site :.....

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours/demi-journées) :

- 7^e site

Date du début d'activité : __|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Adresse du site :.....

Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours/demi-journées) :

V-Conditions de l'exercice sur le site envisagé

Qualité et sécurité des soins

- moyens en personnel :

- matériels (décrire le type de matériel existant et/ou prévu) :

A compléter

Continuité des soins

- dispositions prises pour assurer la continuité des soins 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 des conditions d'exercice sera communiquée au conseil départemental de la résidence professionnelle de la SCP.

Fait le ____/____/____ à

Pièces à joindre :

- toute pièce utile à l'examen de la déclaration
- le(s) projet(s) de contrat(s) relatifs aux locaux ou aux matériels