

**Déclaration préalable d'ouverture d'un site distinct de la résidence  
professionnelle d'une SCP**

**A adresser au conseil départemental du lieu où se situe le site au plus tard deux mois  
avant le début d'activité**

Article R4113- 74 du code de la santé publique

**I - Identification du déclarant**

**Société**

Dénomination de la SCP .....

Département d'inscription de la SCP.....

N° départemental d'inscription de la SCP.....

Adresse du siège social .....

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

- SCP mono disciplinaire de (préciser la qualification principale exercée et/ou les autres disciplines exercées (compétences, DESC de groupe 1, VAE ordinale, capacités,orientations)).....
- SCP pluri disciplinaire de (préciser les qualifications principales exercées et/ou les autres disciplines exercées (compétences, DESC de groupe 1, VAE ordinale, capacités,orientations)).....

**Représentant légal de la société**

Nom : .....; prénom : .....

Gérant.....

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

N° de téléphone |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ; |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Fixe

Mobile

Adresse électronique : .....

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

1. Nom : .....

Prénom : .....

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

Conseil départemental d'inscription : .....

Qualification : .....

2. Nom : .....

Prénom :.....  
N° départemental d'inscription au Tableau de l'Ordre :.....  
Conseil départemental d'inscription :.....  
Qualification :.....

**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 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<sup>er</sup> site

Date du début d'activité : \_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Adresse du site :.....

.....

- Temps hebdomadaire consacré (nombre de jours/demi-journées) : .....
- 2<sup>e</sup> site  
Date du début d'activité : \_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
Adresse du site : .....

.....

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

  - 3<sup>e</sup> site  
Date du début d'activité: \_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
Adresse du site : .....

.....

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

  - 4<sup>e</sup> site  
Date du début d'activité : \_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
Adresse du site : .....

.....

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

  - 5<sup>e</sup> site  
Date du début d'activité : \_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
Adresse du site : .....

.....

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

  - 6<sup>e</sup> site  
Date du début d'activité : \_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
Adresse du site : .....

.....

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

  - 7<sup>e</sup> 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

- 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*).....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné(e) (nom et prénom du représentant légal de la société déclarante).....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 la résidence professionnelle de la SCP,
- que l'ouverture du site n'est pas contraire aux dispositions législatives et réglementaires.

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