

DECLARATION DE REMPLACEMENT LIBERAL

IMPORTANT : Vous devez communiquer une copie du contrat relatif à votre remplacement libéral à votre conseil départemental avant le début de votre activité.

N° RPPS	N° national	Département d'inscription	N° attribué dans le dpt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

MON IDENTITE

Je soussigné (e) M. Mme Melle

Nom de naissance : Nom d'usage : Nom d'exercice :

Prénom : Date de naissance : / / Lieu :

Demeurant :

Code postal : Ville :

Tél/Fax/Mail :

REPLACEMENT (1 fiche par remplacement)

Je déclare faire un remplacement à compter du : / / jusqu'au : / /

Coordonnées de la sage-femme remplacée :

Nom de naissance : Nom d'usage : Nom d'exercice :

Nom de l'établissement et adresse de l'activité :

Code postal : Ville : N° SIRET de la sage -femme remplacée :

Tél : Fax : E-mail : @

MA CARTE DE PROFESSIONNEL DE SANTE (CPS)

- Je possède une CPS (ma CPS sera modifiée automatiquement)
- Je ne possède pas de CPS : J'en fais la demande Je n'en fais pas la demande

MA SITUATION

- Je conserve aussi mon (mes) activité(s) actuelle(s) :

	Nom de la structure et adresse de l'activité :	Date de début	Date de fin
1 - / / / /
		Type d'activité* :	
2 - / / / /
		Type d'activité* :	

*Préciser si salariée, hospitalière, PMI ou libérale.

Je clos mon (mes) activité(s) actuelle(s) (tous types d'activité : salariée, hospitalière, PMI ou libérale) :

Nom de la structure et adresse de l'activité :	Date de début	Date de fin
1 -/...../...../...../.....
.....	Type d'activité* :	
2 -/...../...../...../.....
.....	Type d'activité* :	

*Préciser si salariée, hospitalière, PMI ou libérale.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des informations figurant ci-dessus.

Fait à : le :/...../.....

Signature :

IMPORTANT

- ✓ Les sages-femmes sont tenues d'informer le Conseil national de l'Ordre de tout changement de leur situation professionnelle ou de leur résidence, notamment en cas de modification de leurs coordonnées de correspondance, de prise ou arrêt de fonction supplémentaire, d'intégration au corps de réserve sanitaire, de cessation, temporaire ou définitive, d'activité (article R.4113-115 du code de la santé publique).
- ✓ Attention : vous ne pouvez remplacer que 2 sages-femmes à la fois.
- ✓ La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire pour les personnes physiques. Elle leur garantit un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.

Toute déclaration incomplète vous sera retournée.