

DECLARATION D'INSTALLATION LIBERALE MULTISITE
OU
DE CHANGEMENT D'ADRESSE PROFESSIONNELLE DU CABINET MULTISITE

N° RPPS

N° NATIONAL

N° DEPARTEMENTAL

MON IDENTITE

Je soussigné(e) : M. Mme

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Nom d'exercice :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu :

Demeurant :

Code postal :

Ville :

Tél/mobile/fax/mail :

ACTIVITE

Je déclare : Une nouvelle activité libérale multisite Un changement d'adresse d'activité libérale multisite (Clôturer l'ancienne adresse en page 2 à la rubrique « Je transfère mon activité libérale »)

A compter du : / /

N°SIRET (1) :

Type d'activité : Plateau technique Exerce à domicile

Nom d'établissement et adresse de l'activité (2) :

Code postal :

Ville :

Tél :

Mobile :

Fax :

E-mail :

(1) Si connu. (2) Attention : elle doit correspondre à l'adresse déclarée à l'URSSAF.

STATUT DE LA NOUVELLE INSTALLATION

J'exerce en : Cabinet individuel Cabinet de groupe (collaboration, association, SCM) En SEL (2) (Sté d'Exercice Libéral)

Compléter ci-dessous dans le cas d'un exercice en SEL :

Forme juridique de la SEL (EURL, SELARL, SELAFA, etc.) :

N° SIRET de la SEL (1) :

Raison sociale de la SEL (Nom de la société ou nom d'exercice) :

(1) Si connu. (2) Conformément à l'article R.41113-3 du Code de la santé publique, une sage-femme ne peut cumuler l'exercice à titre individuel et l'exercice en SEL. L'autorisation d'exercer en multisite, dans le cas d'une SEL, est limitée à trois ans et à un seul lieu d'exercice secondaire (R.4113-25 du CSP)

Votre Carte de professionnel de santé (CPS)

Dès qu'il sera procédé à l'enregistrement de vos nouvelles données personnelles ou professionnelles, vous recevrez une CPS, laquelle, le cas échéant, annulera et remplacera la précédente en votre possession. Elle vous sera adressée par les services de l'ASIP Santé. Pour toute information sur votre CPS, appelez les services de l'ASIP au n° indigo 0 825 85 2000 (0,15€ TTC la minute – 24h/24 et 7j/7) ou consultez leur site internet : <http://esante.gouv.fr/services/espace-cps>

MA SITUATION

Je conserve aussi mon (mes) activité(s) actuelles(s) :

Nom de l'établissement / 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)

Je transfère mon (mes) activité(s) libérale(s)

Nom de l'établissement / 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.

L'activité libérale que je déclare se situe dans le département où je suis inscrit(e) à l'Ordre.

L'activité libérale que je déclare se situe dans un département différent de mon département d'inscription actuel.

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

- Motifs de la demande d'autorisation d'ouverture d'un lieu d'exercice distinct :

- Il existe, dans le secteur géographique considéré, une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patientes et des nouveau-nés : Oui Non

- Dans l'affirmative, veuillez préciser les besoins de la population et l'offre de soins (exemples : nombre d'habitants, de naissances, nombre de sages-femmes dans la commune et/ ou dans le bassin de vie pour le nombre de femmes de 15 à 60 ans, éloignement avec l'établissement de soins public ou privé, en PMI et des cabinets de sages-femmes les plus proches, zone « sur-dotée » ou « sous-dotée » en sages-femmes libérales...)

- Les consultations et les soins que vous dispensez nécessitent :

- Un environnement adapté : Oui Non

- Dans l'affirmative, veuillez expliquer les conditions d'exercice sur le lieu d'exercice envisagé et la plus-value par rapport au cabinet primaire :

- L'utilisation d'équipements particuliers : Oui Non

- Dans l'affirmative, veuillez décrire la nature de l'équipement, dans quelle mesure il est nécessaire pour votre exercice et l'existence éventuelle de ce dernier au sein de votre cabinet primaire :
