

DECLARATION D'INSTALLATION LIBERALE D'UNE ACTIVITE PRIMAIRE
OU
DE CHANGEMENT D'ADRESSE PROFESSIONNELLE DE L'ACTIVITE PRIMAIRE

Document à retourner au Conseil national

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

Un changement d'adresse d'activité libérale primaire
(Clôturer l'ancienne adresse en page 2 à la rubrique « Je transfère mon activité libérale »)

A compter du : / /

N°SIRET (1) :

Type d'activité : Activité primaire

Exerce à domicile (pas de cabinet)

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)

Exercice en société (SCM, SISA, SEL)

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

Forme juridique de la SEL (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.

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) actuelle(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 : veuillez nous retourner les documents téléchargeables mentionnés dans la rubrique « demande de radiation pour changement de département-radiation transfert » de notre site.

Existe-t-il des restrictions à votre installation libérale ?

Installation dans les locaux commerciaux (3)

Installation à la suite d'un remplacement d'une consœur installée en libérale (4)

Installation dans un immeuble où exerce une autre sage-femme (5)

(3) Article R.4127-321 du CSP

(4) Article R.4127-342 du CSP

(5) Article R.4127-347 du CSP

IMPORTANT

- ✓ Selon l'article L.1142-2 du code de la santé publique, les sage-femmes libérales doivent souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle pour l'ensemble des actes et soins dispensés dans le cadre de leur activité.
- ✓ Les sages-Femmes sont tenues d'informer le Conseil de l'Ordre dans un délai d'un mois, 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 D.4113-115 du code de la santé publique).
- ✓ Nous vous informons que vos coordonnées professionnelles (nom d'exercice, adresse de l'activité, numéros de téléphone, de portable et de fax et adresse e-mail) seront diffusées dans l'annuaire des sage-femmes libérales sur le site de l'Ordre national des sage-femmes, sauf objection de votre part (dans ce cas, nous en informons par courrier).
- ✓ 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.

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

Fait à :

le : / /

Signature :