



N° RPPS

N° national

N° départemental

IDENTITÉ

Je soussigné(e) : Mme M.

Nom de naissance : Nom d'usage :

Nom d'exercice : Prénom :

Date de naissance : / / Lieu :

Demeurant :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mobile : Mail :

NOUVELLE ACTIVITÉ

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»)

À compter du ⁽¹⁾ : / / N° SIRET⁽²⁾ :

Type d'activité : Cabinet⁽³⁾ Plateau technique Exerce à domicile
Piscine Maison de naissance Autre

Nom d'établissement et adresse de l'activité⁽⁴⁾ :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mobile : Mail :

⁽¹⁾Cette déclaration doit être réalisée au plus tard deux mois avant la date prévisionnelle de début d'activité ⁽²⁾Si connu. ⁽³⁾Cela regroupe les cabinets traditionnels, les cabinets de radiologie, les maisons de santé pluridisciplinaires). ⁽⁴⁾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)

Pour l'exercice en SEL, une autre fiche spécifique est disponible et à compléter. La présente fiche concerne exclusivement l'exercice à titre individuel.

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'ANS. Pour toute information sur votre CPS, appelez les services de l'ANS 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 ACTUELLE

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

Nom d'établissement / structure et adresse de l'activité :

1 -

Date de début :

..... / /

Date de fin :

..... / /

Type d'activité* :

2 -

..... / /

..... / /

Type d'activité* :

*Préciser si salariée, hospitalière, PMI ou libérale.

Je clos mon (mes) activité(s) actuelle(s)

Nom d'établissement / structure et adresse de l'activité :

1 -

Date de début :

..... / /

Date de fin :

..... / /

Type d'activité* :

2 -

..... / /

..... / /

Type d'activité* :

*Préciser si salariée, hospitalière, PMI ou libérale.

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

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 COMPLÉMENTAIRES

RAPPEL :

en application de l'article R.4113-25 du Code de la santé publique, l'ouverture par une SEL d'un lieu d'exercice distinct est soumise à autorisation préalable du conseil départemental dans lequel l'adresse du lieu d'exercice est située. Le conseil départemental ne peut refuser cette autorisation si « l'éloignement d'une sage-femme est préjudiciable aux patientes ». Précisons que, si le conseil départemental compétent autorise l'ouverture d'un « cabinet secondaire », cette autorisation est accordée à la société d'exercice libéral, et non individuellement à chacune des sages-femmes libérales qui y sont associées. Ainsi, la demande d'autorisation ne doit pas être demandée par chacune des sages-femmes associés de la SEL.

Le conseil départemental peut s'opposer à l'ouverture du lieu d'exercice distinct uniquement dans deux situations : s'il estime que l'installation est contraire aux obligations de qualité, sécurité et continuité des soins ou aux dispositions législatives et réglementaires.

Conditions d'exercice sur l'ensemble des sites :

Exercez-vous sur un ou plusieurs autre(s) site(s) distinct(s) actuellement ?

Oui

Non

Si oui, sur combien de sites exercez-vous en libéral ?

Exercez-vous également sous statut salarié ?

Oui

Non

Si oui, veuillez préciser l'adresse et les caractéristiques de cette activité (adresse, établissement privé/ public, exercice à temps plein/ temps partiel et volume horaire par semaine) :

D'autres professionnels de santé exercent-ils au sein de vos lieux d'exercice libéral (actuel(s) et envisagé) ?

Oui

Non

Si oui, veuillez préciser leur(s) profession et, concernant les sages-femmes, la nature de vos rapports contractuels (associé(es), collaboratrice(s), titulaire(s)...) ?

Veuillez définir la répartition du temps de travail sur l'ensemble des sites d'exercice (actuel(s) libéral/ salarié et envisagé) :

Veuillez décrire les dispositions prises pour assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins et, le cas échéant, la réponse aux urgences sur tous les sites d'exercice :

Veuillez déterminer la distance - kilomètres et temps de trajet - entre l'ensemble des sites d'exercice (actuel établissement privé/ public et envisagé) :

.....

.....

.....

.....

La nature des activités réalisées au sein des différents lieux d'exercice :

.....

.....

.....

.....

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

Fait à : le : / /

Signature

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.
- Conformément à l'article R.4127-346 du Code de la santé publique, l'ouverture d'un site d'exercice distinct (multisite) est soumise à l'autorisation préalable du conseil départemental, et ne peut débuter sans l'avoir obtenu.
- Conformément à l'article D.4113-115 du code de la santé publique, les sages-femmes sont tenues d'informer le Conseil de l'Ordre dans le 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.
- Nous vous informons que vos coordonnées professionnelles (nom d'exercice, adresse de l'activité, numéros de téléphone, de portable, de fax et adresse e-mail) seront diffusées dans l'annuaire des sage-femmes libérales sur le site du Conseil national de l'Ordre des sages-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.

Document à retourner au Conseil national