

DECLARATION PREALABLE D'OUVERTURE D'UN LIEU D'EXERCICE DISTINCT

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 :

NOUVELLE 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 (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 :  
Tél : Mobile : Fax : E-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'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 ACTUELLE

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

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

1-

Date de début

/ /

Date de fin

/ /

Type d'activité\* :

/ /

/ /

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 :

1-

Date de début

/ /

Date de fin

/ /

Type d'activité\* :

/ /

/ /

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

**Rappel :** en application de l'article R.4127-362 du Code de la santé publique, l'ouverture d'un lieu d'exercice distinct nécessite une déclaration, pour laquelle vous devez joindre toutes les informations utiles à son examen. C'est dans ce cadre que la communication des informations ci-dessous est essentielle. A défaut, le dossier ne pourra être considéré comme complet.

En cas de dossier incomplet, le délai de deux mois - dont dispose le Conseil départemental pour s'opposer à la demande - court à compter de la réception par ce dernier de l'ensemble des pièces et informations requises (en application de l'article L.114-5 du Code des relations entre le public et l'administration).

**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) :

-----

-----

-----



### 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 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.
- ✓ Dans le cadre de vos échanges avec le Conseil national de l'Ordre des sage-femmes, vos données personnelles sont traitées par le CNOSF aux fins de gestion des traitements mis en œuvre par les services concernés, notamment la gestion du tableau, la gestion de la newsletter, la gestion des contentieux. Vos données personnelles sont traitées en conformité avec les principes de protection des données personnelles tels que posés par le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques au regard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données applicable depuis le 25 mai 2018 (ci-après le « RGPD ») et à la loi Informatique et Libertés modifiée (ci-après la « Réglementation applicable à la protection des données »).
- ✓ Vos données sont accessibles au sein des services concernés ainsi qu'au DPO de l'Ordre lorsque cela s'avère nécessaire. Elles sont conservées pendant la durée nécessaire à leur traitement qui peut être, le cas échéant, fixée par les textes.
- ✓ Conformément à la Réglementation applicable à la protection des données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement aux données personnelles vous concernant en adressant votre demande au Délégué à la protection des données (DPO) de l'Ordre par courrier électronique à l'adresse suivante : [dpo@ordre-sages-femmes.fr](mailto:dpo@ordre-sages-femmes.fr).

Document à retourner au Conseil national