Demande par une SCP d’autorisation de se faire assister par un médecin

A adresser au conseil départemental du lieu d’inscription de la SCP

Article R. 4127-88 du code de la santé publique

*Cocher obligatoirement l’une des deux cases :*

* Demande initiale
* Renouvellement

**I - Identification du demandeur**

Société

Dénomination de la SCP ……………………………………………………………………..............

Département d’inscription de la SCP……………………….......................................................

N° départemental d’inscription de la SCP………………………………………………………….

Adresse du siège social ………………………………………………………………………………

Code postal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Commune………………………………………………..............

* SCP mono disciplinaire de (préciser la discipline exercée et/ou l’orientation de l’activité)……………..........................
* SCP pluri disciplinaire de (préciser les disciplines exercées et/ou les orientations de l’activité)…………………………...

Représentant légal de la société

Nom : ………………………………………; prénom :………………………………………

Gérant

N° départemental d’inscription au Tableau de l’Ordre :……………………………………….

N° de téléphone |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ; |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Fixe Mobile

Adresse électronique :…………………………………………………………………………...

Identification de l’associé/des associés auprès duquel/desquels interviendra l’assistant

1. Nom :…………………………………………………………………………………………….

Prénom :………………………………………………………………………………………

N° départemental d’inscription au Tableau de l’Ordre :…………………………………..

Conseil départemental d’inscription :………………………………………………………

Qualification :…………………………………………………………………………………

Lieu d’exercice concerné :…………………………………………………………………..

1. Nom :…………………………………………………………………………………………….

Prénom :………………………………………………………………………………………

N° départemental d’inscription au Tableau de l’Ordre :…………………………………..

Conseil départemental d’inscription :………………………………………………………

Qualification :…………………………………………………………………………………

Lieu d’exercice concerné :…………………………………………………………………..

**II – Identification de l’assistant**

Nom :……………………………………………………………………………………………..

Prénom :………………………………………………………………………………………….

N° départemental d’inscription au Tableau de l’Ordre :……………………………………..

Conseil départemental d’inscription :………………………………………………………….

Qualification :……………………………………………………………………………………..

**III – Motifs de la demande d’assistanat**

* état de santé d’un associé
* besoins de santé publique (pénurie médicale, épidémie,…)

Précisez :…………………………………………………………

* afflux exceptionnel de population (exemple : période touristique estivale,…) Précisez :…………………………………………………………………………………

**IV – Modalités de l’assistanat**

Date et durée de l’assistanat :……………………………………………………………………..

Modalités pratiques de l’assistanat (nombre de journée ou demi-journée par semaine) :……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Pièces à joindre :

* le projet de contrat d’assistanat ;
* certificat médical (à adresser par voie postale si formulaire renseigné en ligne) ;
* toutes pièces utiles à l’examen du dossier.