**Demande par une SCP d’installation dans un immeuble où exerce un médecin de même discipline**

***A adresser au conseil départemental du lieu d’installation***

Article R. 4127-90 du code de la santé publique

**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 qui exercera/ont dans l’immeuble

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. **Renseignements sur l’installation envisagée dans l’immeuble**

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

Configuration du cabinet/local professionnel dans l’immeuble

* Bâtiment :
* Etage :
* Entrée(s)

(*décrivez en quelques lignes la configuration de / des entrées de l’immeuble et joignez tout document utile : photos, plan…. )*

* Signalisation du cabinet/local professionnel (plaque professionnelle….)

(décrivez en quelques lignes)

**III - Renseignements sur le(s) médecin(s) installé(s) dans l’immeuble**

Nom/prénom du/des médecins concernés :………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………….

Qualification *(menu déroulant)*

Disciplines exercées ou orientation de l’activité : …………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………….

Adresse professionnelle : ………………............................................................................

…………………………………………………………………………………………………..

Configuration du cabinet/local professionnel dans l’immeuble

* Bâtiment :
* Etage :
* Entrée(s)

(*décrivez en quelques lignes la configuration de / des entrées de l’immeuble et joignez tout document utile : photos, plan…. )*

* Signalisation du cabinet/local professionnel (plaque professionnelle….)

(décrivez en quelques lignes)

**IV – Relations avec le(s) médecin(s) installé(s) dans l’immeuble**

Existence de relations professionnelles antérieures (ex : exercice antérieur en association….)

* Oui

(précisez en quelques lignes)

* Non

Opposition du/ des médecins à l’installation

* Oui

(précisez les motifs invoqués)

* Non
* Ne sait pas

Je soussigné(e) (nom et prénom du demandeur)……………………………………certifie l'exactitude de l'ensemble des informations fournies ou joints au présent formulaire.

Fait le \_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| à ……………………………………………..