**Demande 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**

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

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

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

Qualification *(menu déroulant)*

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

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

Adresse de correspondance :…………………………………………………………………

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

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

*Fixe Mobile*

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

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 ……………………………………………..