Demande d’autorisation d’installation après remplacement

A adresser au conseil départemental du lieu d’installation envisagée

Article R. 4127-86 du code de la santé publique

I – Identification du demandeur

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

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

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

Qualification …………………………………………………………………………………………..

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

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

Adresse de correspondance ou professionnelle :……………………………………………………………………………………….

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

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

 *Fixe Mobile*

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

**II – Date et lieu d’installation**

Date d’installation prévue : |\_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_|/|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

Adresse du lieu d’installation et distance avec le lieu d’installation du médecin remplacé(s) et de ses éventuels associés :.…………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

**III – Médecins remplacés pendant une durée de plus de 90 jours, consécutifs ou non, pendant une période de 2 ans et dont le dernier remplacement s’est terminé moins de deux ans avant la date d’installation envisagée et pour laquelle il existe un risque de concurrence directe :**

1. Médecin remplacé n°1*(Attention, peut être dupliqué)*
* Date et durée du remplacement :

|  |  |
| --- | --- |
| Date | Durée |
|  |  |

* Lieu d’installation du médecin remplacé :………………………………………………
* Accord à l’installation du médecin remplacé et de ses associés s’il y a lieu :

**** oui

**** non

 **** sans objet

 Précisez :………………………………………………

* Accord à l’installation des associés du médecin remplacé s’il y a lieu (identification de/des associés concernés:

 oui

 non

 sans objet

Précisez :………………………………………………

**III – Caractéristiques de l’installation**

* Zone d’installation (rurale, semi-rurale, urbaine) et description de l’offre de soins :

Précisez

* Modalités projetées d’installation (reprise d’un cabinet médical, etc.) :

Précisez

**Pièces à joindre** :

* contrats de remplacements conclus ;
* les accords ou refus formalisés.

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 …………………………………………………..