**Demande d’autorisation de tenue de cabinet par un médecin**

**A adresser au conseil départemental du lieu du cabinet concerné**

Article R. 4127-89 du code de la santé publique

* Demande initiale pour une durée de 3 mois

*Cocher obligatoirement l’une des deux cases*

* Renouvellement pour une durée de 3 mois

**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 :…………………………………………………………………………...

**II - Renseignements sur le cabinet concerné**

Nom/prénom du médecin titulaire du cabinet : …………………………....................................

Qualification *(menu déroulant)*

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

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

Adresse du cabinet : …………………………………………………………………………………..

Modalités d’exercice du médecin titulaire du cabinet :

* Seul
* En association avec un ou des confrères (indiquer les nom/prénom du ou des confrères) : ……………………………………………………………………………………
* Collaboration avec un confrère (indiquer les nom/prénom du confrère): …………………………………………………………………………………………………

**III– Motifs de la demande**

* Décès du médecin titulaire du cabinet

ou

* Raisons de santé empêchant le médecin titulaire du cabinet d’exercer

**IV – Renseignements complémentaires**

Un contrat ou un projet de contrat de tenue de cabinet a-t-il été établi ?

* Oui (le joindre)
* Non

*Rappel : la conclusion d’un contrat et sa communication dans le délai d’un mois au Conseil départemental est obligatoire (article L. 4113-9 du code de la santé publique)*

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 …………………………………………………..