**Demande d’autorisation de tenue de cabinet par une SCP**

**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**

Société

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

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

N° 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 assurera/ont la tenue de poste

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 :…………………………………………………………………………………

**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 : …………………………………………………………………………………..

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

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 …………………………………………………..