**Demande d’autorisation d’exercice dans une unité mobile par une SEL**

**A adresser au Conseil départemental de l’Ordre des médecins du lieu d’exercice   
de l’unité mobile**

Article R. 4127-74 du code de la santé publique

Nous vous rappelons qu’une demande d’autorisation doit être faite pour chaque département dans lequel l’unité mobile va intervenir.

**I - Identification du demandeur**

Société

Dénomination de la SEL ……………………………………………………………………..............

Département d’inscription de la SEL………………………….......................................................

N° départemental d’inscription de la SEL…………………………………………………………

Adresse du siège social ………………………………………………………………………………

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

* SEL mono disciplinaire de (préciser la discipline exercée et/ou l’orientation de l’activité)……………..........................
* SEL pluri disciplinaire de (préciser les disciplines exercées et/ou les orientations de l’activité)…………………………...

Représentant légal de la société

Nom : ………………………………………; prénom :………………………………………

Mandat (gérant/président/…) : ………………………………………………………………….

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 en unité mobile

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 - Activité dans l’unité mobile**

(*expliquez en quelques lignes : type d’actes, collaborations avec d’autres médecins ou d’autres professionnels, etc.)*

**III - Description du projet et intérêt pour la santé publique**

(*expliquez en quelques lignes*)

**IV - Organisateur, le cas échéant :**

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

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

**V - Programme de l’activité de l’unité mobile**

Dates de début et de fin :………………………………………………………………………………

Lieux, jours et horaires :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lundi** | **mardi** | **mercredi** | **jeudi** | **vendredi** | **samedi** | **dimanche** |
| (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) |
| (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) |
| **lundi** | **mardi** | **mercredi** | **jeudi** | **vendredi** | **samedi** | **dimanche** |
| (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) |
| (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) |
| **lundi** | **mardi** | **mercredi** | **jeudi** | **vendredi** | **samedi** | **dimanche** |
| (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) |
| (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) |
| **lundi** | **mardi** | **mercredi** | **jeudi** | **vendredi** | **samedi** | **dimanche** |
| (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) |
| (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) |
| **lundi** | **mardi** | **mercredi** | **jeudi** | **vendredi** | **samedi** | **dimanche** |
| (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) | (date) |
| (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) | (lieux et horaires) |

**VI –Indiquez les dispositions prises pour répondre aux urgences, garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins aux patients pris en charge sur le lieu d’exercice habituel de la société**

(*expliquez en quelques lignes*)

**Pièces à joindre :**

Un projet de contrat a déjà été établi pour cet exercice dans l’unité mobile :

* 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 …………………………………………………..