

ATTENTION : le Conseil départemental de l'Ordre des médecins devenant le guichet principal de toutes les administrations, les informations que vous allez déclarer sont de la plus haute importance puisqu'elles nous permettent d'actualiser la base de données du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

Je soussigné(e) Docteur : _____

ACTIVITE SECONDAIRE (Y COMPRIS HORS LOIRET et PLATEAU TECHNIQUE)

Date de début de l'activité secondaire	
Type d'activité (libérale / hospitalière / salariée / bénévole)	
Fonction / Statut (telle que figure dans le contrat)	
Dénomination sociale (préciser à titre individuel, collaboration libérale, association, SCM, SCP, SEL, SISA)	
Adresse professionnelle	
Téléphone / Portable	
E-mail	
Temps d'activité (plein, partiel, mi-temps)	
Nombre d'heures hebdomadaires	
Date de fin de l'ancienne activité secondaire et adresse	

Location du ou des locaux : OUI / NON (nous adresser le bail de location)

Achat du ou des locaux : OUI / NON (nous adresser tout justificatif attestant de l'adresse d'exercice)

AUTRE LIEU D'ACTIVITE (Y COMPRIS HORS LOIRET et PLATEAU TECHNIQUE)

Date de début de l'activité secondaire	
Type d'activité (libérale / hospitalière / salariée / bénévole)	
Fonction / Statut (telle que figure dans le contrat)	
Dénomination sociale (préciser à titre individuel, collaboration libérale, association, SCM, SCP, SEL, SISA)	
Adresse professionnelle	
Téléphone / Portable	
E-mail	
Temps d'activité (plein, partiel, mi-temps)	
Nombre d'heures hebdomadaires	
Date de fin de l'ancienne activité secondaire et adresse	
Date de début de l'activité secondaire	

Location du ou des locaux : OUI / NON (nous adresser le bail de location)

Achat du ou des locaux : OUI / NON (nous adresser tout justificatif attestant de l'adresse d'exercice)

Date et signature