

DECLARATION  
A COMPLETER SUIVANT VOTRE SITUATION

**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 : \_\_\_\_\_

Adresse personnelle	
Téléphone fixe / portable	
e-mail personnel / professionnel	
Numéro RPPS	
Numéro départemental	

Déclare que sont intervenues les modifications suivantes :

**ADRESSES DE CORRESPONDANCE (courrier et mail)**

**Pour l'Ordre des médecins** : adresse professionnelle / adresse personnelle

**Pour le RPPS** : adresse professionnelle / adresse personnelle

**ATTENTION : ne remplir que les parties concernées par un changement**

**ETAT-CIVIL**

Ancien nom	Nouveau nom	Date changement

(merci de nous fournir les justificatifs si tel est votre cas : certificat de mariage, jugement du tribunal)

**CHANGEMENT D'ADRESSE**

Nouvelle adresse personnelle	
Date changement	

Nouvelle adresse professionnelle	
Date changement	

(Nous adresser les documents contractuels justificatifs du changement d'adresse professionnelle)

## VOS QUALIFICATIONS

Médecine générale : OUI / NON

Autre spécialité à préciser : .....

### ***SITUATION PROFESSIONNELLE (Ne remplir que la situation vous concernant)***

<u>Situation</u>	<u>Date changement</u>
Début d'activité Médecin remplaçant (préciser libéral/salarié)	
Fin d'activité Médecin remplaçant	
Médecin retraité actif	
Médecin retraité sans activité	
Médecin sans activité professionnelle	
Mise en disponibilité * (préciser date de début/date de fin)	

\*Pour les hospitaliers, communiquer le courrier du Centre National de Gestion (CNG)

### **ACTIVITE PRINCIPALE**

Date de début de l'activité principale	
Type d'activité (libérale / hospitalière / salariée / bénévole)	
Fonction / Statut (telle que figure dans le contrat communiqué)	
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 principale et adresse	

(Nous adresser les documents contractuels justificatifs de l'activité professionnelle)

**Si vous avez des activités secondaires, merci de nous retourner l'annexe jointe à ce document complétée  
(une annexe par activité secondaire)**

**Il est impératif de joindre tous les contrats liés à votre exercice, qu'il soit libéral ou salarié, conformément aux articles du code de la santé publique. Pour les fonctions hospitalières, fournir le contrat ou, à défaut, l'arrêté de nomination ainsi que le procès-verbal d'installation ou l'arrêté de mise à disposition.**

*« Je prends l'engagement d'informer immédiatement le Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Loiret de tout changement modifiant mes déclarations ci-dessus »*

Date et signature