



DEMANDE DE CREATION DE CABINET SECONDAIRE

Nous vous remercions de bien vouloir compléter ce dossier afin que votre demande de dérogation de création de cabinet secondaire soit traitée dans les meilleurs délais.

L'ensemble des documents demandés doit être joint au dossier avant son étude par le Conseil Régional. Tout dossier incomplet ne pourra être traité.

Nom : **Prénom** :

Date de naissance :

Numéro d'Ordre :

Numéro ADELI :

CABINET PRINCIPAL

Adresse :
.....

Numéro SIRET :

Numéro de téléphone :

E-mail :

Date de création / reprise :

Jours de présence au cabinet par semaine :

Y avez-vous un ou plusieurs collaborateurs ? Oui Non

↳ Indiquer les noms, prénoms et numéro d'ordre :
.....

Etes-vous collaborateur au sein d'un autre cabinet ? Oui Non

↳ Indiquer les noms, prénoms et numéro d'ordre :
.....

Faites-vous parti d'un réseau ? Si oui, lequel ?

Fréquence d'enlèvement des DASRI (Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux):
.....

Joindre les 2 derniers bordereaux des enlèvements

CABINET SECONDAIRE

Adresse :
.....

Jours de présence au cabinet : par semaine :
par mois :

Y auriez-vous un ou plusieurs collaborateurs ? Oui Non

↳ Indiquer les noms, prénoms et numéro d'ordre :
.....

Vous seriez : Propriétaire de votre cabinet

Joindre obligatoirement une copie de votre attestation de propriété

Locataire de votre cabinet

Joindre obligatoirement une copie du bail.

Partage des locaux avec un professionnel de santé :

↳ Nom du titulaire des locaux :

↳ Profession exercée par celui-ci :

*En cas d'association avec un ostéopathe, fournir une attestation de la
DRASS mentionnant la reconnaissance de son diplôme.*

En société :

↳ Type de société :

En cas de SCM, fournir obligatoirement les statuts

Le cabinet : ■ Indiquer le nombre de pièces :

■ Indiquer l'attribution ainsi que la surface pour chaque pièce :

.....
.....
.....

Joindre un plan de l'ensemble du cabinet

■ La salle de consultation respecterait-elle le principe de la confidentialité ?

Oui Non

■ La salle d'attente respecterait-elle le principe de la confidentialité ?

Oui

Non

Équipement :

▪ Descriptif détaillé:

.....
.....
.....
.....
.....

Pour une demande de création, joindre la copie de vos devis ou factures pro-formats.

Fait à le

Signature obligatoire

(Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

CADRE RÉSERVÉ AU CROPP

Date de réception du dossier :

Dossier : *Complet* - *Incomplet*

Date de relance :

Date de l'étude en Conseil régional :

BAIL		COMMUNE	
Type :		Nombre d'habitants :	
Date de signature :		Nombre de cabinets principaux :	
Durée :		Nombre de cabinets secondaires :	
		Nombre total de pédicures-podologues :	

Ratio :

Décision :

Motivations :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date de notification au professionnel :

Suivi :

