

Démarche : Inscription ou renouvellement triennal - liste des médecins agréés

Organisme : test@ars.sante.fr

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

Formulaire

Les informations que vous communiquez dans ce formulaire serviront à mettre à jour la liste des médecins agréés.

Département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ 01 Ain
- ☐ 03 Allier
- ☐ 07 Ardèche
- ☐ 15 Cantal
- ☐ 26 Drôme
- ☐ 38 Isère
- ☐ 42 Loire
- ☐ 43 Haute-Loire
- ☐ 63 Puy-de-Dôme
- ☐ 69 Rhône
- ☐ 73 Savoie
- ☐ 74 Haute-Savoie

Les médecins généralistes et spécialistes peuvent être agréés, sous réserve de remplir les conditions fixées par le décret n°86-442 du 14 mars 1986 modifié :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006065530>

Nom

Inscription ou renouvellement triennal - liste des médecins agréés

Prénom

Date de naissance

Complément d'adresse

Exemple : centre hospitalier

n°

Adresse professionnelle

Nom de rue

Adresse professionnelle

Code postal

Adresse professionnelle

Ville

Adresse professionnelle

Téléphone professionnel

Professionnel uniquement. Ce numéro apparaîtra sur le site internet de l'ARS.

Email

N° RPPS

Etes-vous retraité(e)?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Type de demande

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Première demande d'inscription sur la liste départementale

☐ Renouvellement

Première année exercice

Inscription ou renouvellement triennal - liste des médecins agréés

Date d'installation dans le département

J'exerce en qualité de :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Généraliste

☐ Spécialiste

Généraliste : compétence éventuelle

Spécialiste : spécialité

Souhaitez-vous siéger au conseil médical départemental ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Oui

☐ Non

☐ Uniquement

Avez-vous déjà été médecin agréé dans un autre département au cours des 3 dernières années en Auvergne-Rhône-Alpes?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Si oui, dans quel département?

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ 01 Ain

☐ 03 Allier

☐ 07 Ardèche

☐ 26 Drôme

☐ 15 Cantal

☐ 26 Drôme

☐ 38 Isère

☐ 42 Loire

☐ 43 Haute-Loire

☐ 63 Puy-De-Dôme

☐ 69 Rhône

☐ 73 Savoie

☐ 74 Haute Savoie

Pièce d'identité

Inscription ou renouvellement triennal - liste des médecins agréés

En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des éléments ici mentionnés.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non