

Démarche : Fichier PS : Installation Infirmier/Infirmière

Organisme : Service gestion des professionnels de santé 71

## Identité du demandeur

Email

Civilité

Nom

Prénom

## Formulaire

Ce formulaire en ligne permet au médecin de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour une nouvelle installation auprès de la CPAM de Saône et Loire.

### Identification

Civilité

Mme

M.

**Nom pour votre exercice**

Nom d'usage

**Votre nom de jeune fille**

**Votre prénom**

**Date de naissance**

**Lieu de Naissance**

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Copie recto-verso pièce identité

# Fichier PS : Installation Infirmier/Infirmière

Joindre une copie de votre pièce d'identité recto et verso

## Nationalité :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Française

Pays appartenant à l'Union Européenne (UE)

Pays hors UE

## Votre numéro de sécurité sociale

Votre numéro de sécurité sociale est composé de 15 chiffres.

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Attestation de droits d'assuré social

## Je ne possède pas de numéro de sécurité sociale

Cochez la mention applicable

Oui

Non

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Praticien non francophone - Pièces Jointes (PJ) à fournir n°1 : Extrait de naissance original

## Praticien non francophone PJ à fournir n°2 : Extrait de naissance traduit en français par un organisme agréé

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Praticien non francophone PJ à fournir n°3 : Relevé d'Identité Bancaire ou Postal (RIB/RIP)

# Situation personnelle

## Votre adresse personnelle

## Numéro de téléphone personnel

## Votre email personnel

# Votre profession

## Votre numéro RPPS

Numéro d'inscription au Conseil de l'Ordre composé de 11 caractères. Au préalable, vous devez être inscrit à l'Ordre de Saône-et-Loire.

# Fichier PS : Installation Infirmier/Infirmière

## Votre numéro ADELI

Numéro de professionnel de Santé composé de 9 caractères.  
commence par 71.

## Je ne connais pas mon numéro ADELI

Cochez la mention applicable

Oui

Non

## Profession

### Dans quel département souhaitez-vous vous installer ?

Indiquez le numéro du département, le nom et le code postal de la commune

### Date d'installation souhaitée

### Indiquez votre situation exacte :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Libéral intégral

Activité Mixte avec prédominance "Libéral"

Activité Mixte avec prédominance "Salarié"

### Avez-vous déjà été installé(e) à titre libéral ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Remplaçant en Saône-et-Loire

Libéral dans un autre département

Remplaçant dans un autre département

Salarié

## DECLARATION DE STRUCTURE JURIDIQUE

### Je déclare exercer seul(e)

Cochez la mention applicable

Oui

Non

### Je déclare exercer en groupe dans une structure non juridiquement constituée

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Société de fait

Contrat d'association

Contrat de collaboration

Autre structure juridique

# Fichier PS : Installation Infirmier/Infirmière

## **Je déclare exercer en groupe dans une structure juridiquement constituée**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Société Civile professionnelle mono disciplinaire.

Société Civile professionnelle pluri disciplinaire.

Société Civile de moyens.

Société d'exercice libéral.

Autre structure juridique.

## **Liste des membres exerçant dans les mêmes locaux**

Nom, prénom de vos confrères

## **Cabinet principal (devant être au préalable enregistré à l'Ordre)**

### **Adresse exacte de votre installation professionnelle**

### **Votre numéro de téléphone professionnel**

CE NUMÉRO APPARAITRA SUR L'ANNUAIRE SANTÉ AMELI ET VISIBLE PAR LES ASSURES.

### **Votre adresse email professionnelle**

### **Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

Votre RIB professionnel de votre cabinet principal

### **Si oui, dimension de votre piscine (Longueur x largeur x Hauteur)**

## **Si cabinet secondaire (devant être au préalable enregistré à l'Ordre)**

### **Adresse exacte de votre installation professionnelle du cabinet secondaire**

### **Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

RIB pour cabinet secondaire si RIB différent du cabinet principal

### **Si d'autres cabinets secondaires**

Adresse exacte des autres cabinets secondaires

Adresse exacte des autres cabinets secondaires

## ADHESION A LA CONVENTION DES INFIRMIERS

**Je déclare exercer dans le cadre de la convention médicale des Infirmiers**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Je déclare ne pas exercer dans le cadre de la convention médicale des Infirmiers.**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

## ASSURANCE VOLONTAIRE AT/MP (Accident Travail/Maladie Professionnelle )

**En tant que travailleur indépendant (artisan-commerçant ou profession libérale), vous n'êtes pas assuré de façon obligatoire contre le risque des accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP). Vous avez cependant la possibilité de souscrire une assurance volontaire et individuelle contre ce risque, moyennant le paiement d'une cotisation.**

Pour plus d'informations : <https://www.ameli.fr/saone-et-loire/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/assurance-volontaire-individuelle/mp/assurance-volontaire-individuelle-mp>

**Souhaitez-vous un devis d'assurance volontaire?**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

## Engagement

**En cochant cette case, je certifie conforme les saisies et je signe ma déclaration.**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

## Fichier PS : Installation Infirmier/Infirmière

**Fait à :**

Indiquez la commune

**Le :**

Format jj/mm/aaaa