

*Document à compléter
et à renvoyer avec les justificatifs, à :*

**Ordre des Chirurgiens-Dentistes
Conseil Départemental d'Ille-et-Vilaine
16, rue Saint-Hélier
35000 RENNES**

AVIS DE CHANGEMENT DE SITUATION
Pour la tenue du Tableau

(1) Tout chirurgien-dentiste inscrit au Tableau a l'obligation d'informer le conseil départemental auprès duquel il est inscrit, de toute évolution de situation : *changement d'adresse privée ou professionnelle ; changement d'exercice....* Cette obligation est maintenue pendant 3 ans à compter de la cessation d'activité.

COMMUNICATION OBLIGATOIRE DES CONTRATS AU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE :

> Que doit-on communiquer ?

- ✓ Tous les praticiens en exercice ainsi que les praticiens demandant leur inscription au tableau de l'Ordre et les étudiants en chirurgie dentaire doivent communiquer les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de leur profession. Le Code de la santé publique dispose que toute personne physique ou morale passant un contrat avec un chirurgien-dentiste doit le faire par écrit.
- ✓ Si le praticien n'est pas propriétaire de son matériel et du local dans lequel il exerce ou exercera sa profession, il doit communiquer les contrats ou avenants lui assurant l'usage de ce matériel et de ce local.
- ✓ Transmission de propriété : les mêmes obligations s'appliquent aux contrats et avenants ayant pour objet de transmettre sous condition résolutoire la propriété du matériel et du local.

> À qui doit-on transmettre les contrats ?

- ✓ Au conseil départemental de l'Ordre dont relève le chirurgien-dentiste.

> La possibilité de solliciter l'Ordre

- ✓ Les praticiens peuvent soumettre au conseil de l'Ordre les projets des contrats mentionnés ci-dessus. Le conseil de l'Ordre doit faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

NB : Certaines évolutions de situation auront des conséquences sur le statut de professionnel de santé et impliqueront la nécessité d'informer la CPAM, voire celle de fixer un rendez-vous afin d'y être enregistré.

C'est le secrétariat du conseil de l'Ordre qui s'en charge.



Je soussigné(e) [nom(s) –prénom(s)] :

Domicilié(e) : [Adresse privée / téléphone adresse mail (préciser)] :

Tél/mail :

***Informe le Conseil Départemental de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes de(s) évolution(s) suivante(s) afin de permettre la mise à jour de ma fiche au Tableau.
Veuillez trouver ci-joint, les justificatifs correspondants (1) – [voir indications ci-dessus]***

Changement d'adresse privée / téléphone adresse mail (préciser) :

Tél/mail :

A compter du :

Evolution de civilité (*joindre les justificatifs*) :

- Nationalité française, acquise le :
- Titre de séjour renouvelé et valide jusqu'au
- Demande de changement de nom d'exercice :

Changement d'adresse professionnelle (*préciser*) :

A compter du :

Evolution de situation [*cocher la (les) case(s) concernée(s), indiquer les dates et joindre les justificatifs*] :

Situation antérieure (ou actuelle)	Jusqu'au : (jj/mm/aa)	Description	Situation nouvelle (ou à venir)	A partir du : (jj/mm/aa)
<input type="checkbox"/> →		Sans exercice	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Remplaçant(e) [<i>libéral(e) ou salarié(e)</i>]	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Salarié(e) de Collectivité	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Fonction hospitalière ou universitaire	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Collaborateur (trice) salarié(e)	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Collaborateur (trice) libéral(e)	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Propriétaire (<i>du matériel et titulaire cabinet</i>)	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Entrepreneur (EIRL)	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Locataire d'un local professionnel aménagé	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Gérant(e)	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Contrat d'Intervenant	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Associé(e) au sein d'une EPFC	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Associé(e) au sein d'une SCM	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Associé(e) SCP, SEL	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Autres associations (<i>ex : SISA</i>)	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Changement de département	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Cumul emploi-retraite	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Cessation d'activité (<i>retraite</i>)	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Cessation d'activité (hors retraite)	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Exercice hors de France	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Cessation provisoire	→ <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> →		Demande de radiation définitive	→ <input type="checkbox"/>	

Autre / Observations (*préciser*) :

Fait à :

Signature

Le :