



Demande de renseignements complémentaires

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

ACTIVITE PRINCIPALE

Mode d'exercice : Libéral Salarié Conventionné Non conventionné

Genre d'activité : Activité de soins Activité non soignante (enseignants, formateurs, inactifs...)
 Remplacement temporaire Remplaçant exclusif

Secteur d'activité : SEL / SCP SCM / SPFPL / SISA / SEP
 Cabinet individuel / Cabinet de groupe
 Etablissement FINESS (CHU, cliniques...)
 Autre (société d'intérim...), précisez : _____

Fonction : Titulaire Assistant-collaborateur Collaborateur
 Salarié Autre (fonctionnaire...), précisez: _____

Coordonnées professionnelles

Intitulé de l'établissement de santé / Nom et prénom du/des titulaire(s) de la structure :

(Nom du ou des titulaire(s) / Nom de la SEL / SCP / SCM / SPFPL / SISA / SEP) :

Numéro de Siret personnel du masseur-kinésithérapeute (vous): _____

N° de voie : _____ Type de voie : _____

Nom de voie : _____

Complément d'adresse :

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Téléphone professionnel : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Courriel professionnel : _____ @ _____

Date de début d'exercice dans la structure : _____ / _____ / _____

Contrat(s) : (Article R 4321-127 du code de déontologie)

OUI préciser _____

NON motif d'absence contrat (ex : propriétaire – exercice domicile) : _____

J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité et m'engage à envoyer au Conseil départemental de l'Ordre masseurs-kinésithérapeutes un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans la /les déclarations précédentes et à répondre à toute demande de renseignement émanant du Conseil de l'Ordre.

Date : _____ / _____ / _____

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

Si vous n'avez aucune activité secondaire les pages 3 à 5 ne sont pas à imprimer

«Le traitement de ces informations a pour objet votre inscription au tableau de l'ordre conformément aux dispositions de l'article L. 4321-10 du code de la santé publique et au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé. Les conseils de l'ordre et ses membres élus ou salariés en sont les destinataires, puis l'ASIP santé (arrêté du 6 février 2009 portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé ») (RPPS), l'Agence régionale de santé et le parquet du tribunal de grande instance conformément aux dispositions en vigueur. Le conseil départemental auprès duquel votre demande d'inscription est déposée ou adressée sera le responsable du traitement de ces informations. (Mentions issues de l'application du règlement 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016).



Demande de renseignements complémentaires

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

ACTIVITE SECONDAIRE

Mode d'exercice : Libéral Salarié Conventionné Non conventionné

Genre d'activité : Activité de soins Activité non soignante (enseignants, formateurs, inactifs...)
 Remplacement temporaire Remplaçant exclusif

Secteur d'activité : SEL / SCP SCM / SPFPL / SISA / SEP
 Cabinet individuel / Cabinet de groupe
 Etablissement FINESS (CHU, cliniques...)
 Autre (société d'intérim...), précisez : _____

Fonction : Titulaire Assistant-collaborateur Collaborateur
 Salarié Autre (fonctionnaire...), précisez : _____

Coordonnées professionnelles

Intitulé de l'établissement de santé / Nom et prénom du/des titulaire(s) de la structure :

(Nom du ou des titulaire(s) / Nom de la SEL / SCP / SCM / SPFPL / SISA / SEP) :

Numéro de Siret personnel du masseur-kinésithérapeute (vous) : _____

N° de voie : _____ Type de voie : _____

Nom de voie : _____

Complément d'adresse :

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Téléphone professionnel : _____ / _____ / _____ / _____

Courriel professionnel : _____ @ _____

Date de début d'exercice dans la structure : _____ / _____ / _____

Contrat(s) : (Article R 4321-127 du code de déontologie)

OUI préciser _____

NON motif d'absence contrat (ex : propriétaire – exercice domicile) : _____

J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité et m'engage à envoyer au Conseil départemental de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans les déclarations précédentes et à répondre à toute demande de renseignement émanant du Conseil de l'Ordre.

Date : _____ / _____ / _____

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

«Le traitement de ces informations a pour objet votre inscription au tableau de l'ordre conformément aux dispositions de l'article L. 4321-10 du code de la santé publique et au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé. Les conseils de l'ordre et ses membres élus ou salariés en sont les destinataires, puis l'ASIP santé (arrêté du 6 février 2009 portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé ») (RPPS), l'Agence régionale de santé et le parquet du tribunal de grande instance conformément aux dispositions en vigueur. Le conseil départemental auprès duquel votre demande d'inscription est déposée ou adressée sera le responsable du traitement de ces informations. (Mentions issues de l'application du règlement 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016).



Demande de renseignements complémentaires

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

Si besoin DECLARATION AUTRES ACTIVITE SECONDAIRE

Soumise à l'accord du conseil départemental (Article R4321-129 du CSP*)

Mode d'exercice : Libéral Salarié Conventionné Non conventionné
Genre d'activité : Activité de soins Activité non soignante (enseignants, formateurs, inactifs...)
 Remplacement temporaire Remplaçant exclusif

Secteur d'activité : SEL / SCP SCM / SPFPL / SISA / SEP
 Cabinet individuel / Cabinet de groupe
 Etablissement FINESS (CHU, cliniques...)
 Autre (société d'intérim...), précisez : _____

Fonction : Titulaire Assistant-collaborateur Collaborateur
 Salarié Autre (fonctionnaire...), précisez: _____

Coordonnées professionnelles

Intitulé de l'établissement de santé / Nom et prénom du/des titulaire(s) de la structure :

(Nom du ou des titulaire(s) / Nom de la SEL / SCP / SCM / SPFPL / SISA / SEP) :

Numéro de Siret personnel du masseur-kinésithérapeute (vous) : _____

N° de voie : _____ Type de voie : _____

Nom de voie : _____

Complément d'adresse :

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Téléphone professionnel : _____ / _____ / _____ / _____

Courriel professionnel : _____ @ _____

Date de début d'exercice dans la structure : _____ / _____ / _____

Contrat(s) : (Article R 4321-127 du code de déontologie)

OUI préciser _____

NON motif d'absence contrat (ex : propriétaire – exercice domicile) : _____

J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité et m'engage à envoyer au Conseil départemental de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans la /les déclarations précédentes et à répondre à toute demande de renseignement émanant du Conseil de l'Ordre.

Date : _____ / _____ / _____

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » :

Pour toute demande d'ouverture d'un cabinet secondaire supplémentaire, vous devez rédiger une demande argumentée conformément à l'article du code de la santé publique R 4321-129.

Cette demande peut être rédigée à l'aide de la feuille suivante ou sur papier libre. Elle devra préciser les conditions d'exercices de cette dernière.

Nous vous rappelons que l'exercice de la masso-kinésithérapie ne peut pas faire l'objet de gérance et que vous devrez participer physiquement et significativement à cette activité

Cf : avis du conseil national de l'ordre : <http://www.ordremk.fr/decouvrir-l-ordre/conseil-national-de-lordre/avis-du-conseil-national/>

«Le traitement de ces informations a pour objet votre inscription au tableau de l'ordre conformément aux dispositions de l'article L. 4321-10 du code de la santé publique et au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé. Les conseils de l'ordre et ses membres élus ou salariés en sont les destinataires, puis l'ASIP santé (arrêté du 6 février 2009 portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé ») (RPPS), l'Agence régionale de santé et le parquet du tribunal de grande instance conformément aux dispositions en vigueur. Le conseil départemental auprès duquel votre demande d'inscription est déposée ou adressée sera le responsable du traitement de ces informations. (Mentions issues de l'application du règlement 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016).



Demande de renseignements complémentaires

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

*Article R. 4321-129

« Le lieu habituel d'exercice du masseur-kinésithérapeute est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle, conformément à l'article L. 4321-10, il est inscrit sur le tableau du conseil départemental de l'ordre.

Un masseur-kinésithérapeute ne peut avoir plus d'un cabinet secondaire, dont la déclaration au conseil départemental de l'ordre est obligatoire.

Toutefois, le conseil départemental de l'ordre dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée peut accorder, lorsqu'il existe dans un secteur géographique donné une carence ou une insuffisance de l'offre de soins, préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins, une autorisation d'ouverture d'un ou plusieurs lieux d'exercice supplémentaires. La demande est accompagnée de toutes informations utiles sur les conditions d'exercice. Si celles-ci sont insuffisantes, le conseil départemental de l'ordre demande des précisions complémentaires.

Lorsque la demande concerne un secteur situé dans un autre département, le conseil départemental de l'ordre au tableau duquel le masseur-kinésithérapeute est inscrit en est informé.

Le conseil départemental de l'ordre sollicité est seul habilité à donner l'autorisation. Le silence gardé pendant un délai de trois mois à compter de la date de réception de la demande vaut autorisation tacite. L'autorisation est personnelle, temporaire et incessible. Il peut y être mis fin si les conditions prévues au troisième alinéa ne sont plus réunies. »

Cet article permet de définir les règles qui régissent les lieux d'exercice multiples. Il convient de rappeler que le conseil national de l'Ordre, dans son avis rendu en juin 2012, a établi une liste de critères qui permettent de définir un lieu d'exercice. Ces critères ont été mentionnés dans une décision de la Chambre disciplinaire nationale (CDN N°038-2013 CNOMK c° M. L. et N°040-2013 M. L. c. CDOMK 75 et CDOMK 92) afin de démontrer qu'un exercice en EHPAD, ne devait pas être considéré, de façon systématique, comme constituant un cabinet secondaire.

Demande argumentée d'une autorisation d'ouverture d'un cabinet secondaire supplémentaire :

M/Mme

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date et signature :