



ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE LIBRE PRESTATION DE SERVICES¹

(Articles L.4112-7 et R.4112-9 du code de la santé publique)

1. Profession concernée

- Profession concernée au titre de laquelle vous demandez à prester des services :
Précisez la spécialité, le cas échéant :
- Indiquez les types d'actes envisagés (facultatif) :
- Précisez le lieu d'exercice de la première prestation de services (facultatif) :
.....
- Profession exercée dans l'Etat d'établissement, membre de l'Union Européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen² (dans la langue de l'Etat d'établissement et en français) :
.....
Précisez la spécialité, le cas échéant :

❖ En cas de demande d'accès partiel :

- Liste précise des actes pour lesquels l'autorisation d'exercice est sollicitée :
.....
.....
- L'activité professionnelle est-elle exercée de manière autonome dans l'Etat d'origine, membre ou partie ?

2. Prestation de services : il s'agit d'

- une première prestation de services en France (veuillez compléter les points 3 à 7 et le point 9)
- un renouvellement annuel (veuillez compléter les points 3 à 9)
- un changement relatif à la situation du prestataire (veuillez compléter les points concernés par ce changement)

3. Etat civil

- M./Mme Nom de famille :
- Nom d'usage :
- Prénoms :
- Date de naissance :
- Ville :
- Pays :
- Nationalité :

¹ Veuillez conserver la copie de cette déclaration. Elle vous sera demandée lors de prestations futures.

^{2 3 4} Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats, membres ou parties, où vous êtes établi.

⁵ Ces informations seront conservées par l'autorité compétente pour assurer le suivi de la prestation de services. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande. Toute fausse déclaration est passible de sanctions pénales (art. 441-1 du code pénal).



ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

4. Coordonnées

- Coordonnées dans l'Etat, membre de l'Union Européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, où vous êtes établi :
Adresse personnelle :
Code postal : Ville : Pays :
Téléphone :
Adresse courriel :
- Coordonnées en France (facultatif)
Adresse personnelle :
Code postal : Ville : Pays :
Téléphone :

5. Titre(s) de formation de la profession considérée

- Intitulé :
- Date d'obtention :
- Ville et pays d'obtention :
- Délivré par :
- Le cas échéant, date de reconnaissance du diplôme par un Etat, membre ou partie :

❖ Diplôme de spécialisation

- Intitulé :
- Date d'obtention :
- Pays et ville d'obtention :
- Délivré par :
- Le cas échéant, date de reconnaissance du diplôme par un Etat, membre ou partie :

6. Faites-vous partie d'un ordre professionnel ou d'un organisme équivalent ?

oui

non

- Si oui, veuillez indiquer ses nom et coordonnées, ainsi que votre numéro d'enregistrement³ :
.....
.....

7. Assurance professionnelle

(couverture d'assurance au titre de la responsabilité civile ou autres moyens de protection personnelle ou collective concernant la responsabilité professionnelle, pour les actes que vous allez pratiquer en France)⁴

- Nom de la compagnie d'assurances :
- Numéro du contrat :

¹ Veuillez conserver la copie de cette déclaration. Elle vous sera demandée lors de prestations futures.

^{2 3 4} Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats, membres ou parties, où vous êtes établi.

⁵ Ces informations seront conservées par l'autorité compétente pour assurer le suivi de la prestation de services. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande. Toute fausse déclaration est passible de sanctions pénales (art. 441-1 du code pénal).



ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Important : si le prestataire exerçant à titre libéral n'a pas de couverture d'assurance couvrant les actes effectués en France dans les mêmes conditions et garanties que celles exigées en France, il est tenu d'en souscrire une en application des dispositions de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique. S'il n'exerce pas à titre libéral, il est tenu de vérifier l'étendue de la garantie souscrite par son employeur.

- Commentaires éventuels :

8. Informations à fournir en cas de renouvellement⁵ :

- Durant quelle(s) période(s) avez-vous presté des services en France ?
 - Du / / au / /
 - Du / / au / /
 - Du / / au / /
 - Du / / au / /
 - Du / / au / /
 - Du / / au / /
- Activités professionnelles effectivement exercées durant ces périodes :

9. Commentaires éventuels :

.....

.....

.....

.....

A, le

Signature,

¹ Veuillez conserver la copie de cette déclaration. Elle vous sera demandée lors de prestations futures.

^{2 3 4} Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats, membres ou parties, où vous êtes établi.

⁵ Ces informations seront conservées par l'autorité compétente pour assurer le suivi de la prestation de services. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande. Toute fausse déclaration est passible de sanctions pénales (art. 441-1 du code pénal).