



FORMULAIRE DE DÉCLARATION (a)

(Arrêté du 20 janvier 2010 – JO du 3 février 2010)

Cette déclaration doit être adressée avant votre première prestation de services au Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (168 rue de Grenelle – 75007 Paris).
Vous devrez informer préalablement l'organisme national d'assurance maladie compétent de votre prestation de services par l'envoi d'une copie du récépissé qui vous sera adressé par nos soins à réception de votre déclaration.

1. Cette déclaration concerne

- Une première prestation de services en France (veuillez compléter les points 2 à 5 et le point 7).
- Un renouvellement annuel (b) (veuillez compléter l'ensemble du formulaire).
- Un changement relatif à la situation du prestataire (veuillez compléter l'ensemble du formulaire si nécessaire).

2. Identité du demandeur

2.1. Nom(s) :

2.2. Prénom(s) :

2.3. Nationalité(s) :

2.4. Sexe : Masculin Féminin

2.5. Date de naissance :/...../.....

2.6. Lieu de naissance : Ville :

Pays :

2.7. Coordonnées dans l'Etat d'établissement, membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen (obligatoire) :

Adresse :

Téléphone (avec les préfixes) :

Courrier électronique :

2.8. Coordonnées en France (facultatif) :

Adresse :

Téléphone :

Courrier électronique :

3. Profession concernée

3.1. Profession exercée dans l'Etat d'établissement, membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen (c)

Profession pour laquelle vous demandez l'accès en France :

.....

Indiquez les types d'actes envisagés sur le territoire français :

.....

Précisez le lieu d'exercice de la première prestation de services :

.....

3.2. Faites-vous partie d'un ordre professionnel ou d'un organisme équivalent (d) ?

Oui

Non

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

.....

.....

4. 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 sur le territoire français.

Nom de la compagnie d'assurances :

Numéro du contrat :

Important : si le prestataire exerçant à titre libéral n'a pas de couverture d'assurances, 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 :

.....

.....

.....



5. Justificatifs joints à cette déclaration

- Photocopie d'une pièce d'identité. A compléter, si cette pièce ne le prévoit pas, d'un document attestant la nationalité du demandeur.
- Photocopie du ou des titres de formation (e)
- Attestation de l'autorité compétente de l'Etat d'établissement, membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, certifiant que l'intéressé est légalement établi dans cet Etat et qu'il n'encourt, au jour où l'attestation est délivrée, aucune interdiction même temporaire d'exercer.(f)

6. Informations à fournir en cas de renouvellement

6.1. Durant quelle(s) période(s) avez-vous presté des services en France ?

Du / / au / /

Du / / au / /

Du / / au / /

Du / / au / /

Commentaires éventuels :

.....

6.2. Veuillez indiquer les activités professionnelles exercées durant les périodes où vous prestiez des services.

.....

7. Autres observations

.....

.....

Fait à Date : / /

Signature :

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 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).

NOTICE EXPLICATIVE

- (a)** Veuillez conserver la copie de cette déclaration. Elle vous sera demandée lors de prestations futures.
- (b)** Veuillez joindre une copie de la déclaration précédente ainsi que de la première déclaration effectuée.
- (c)** Veuillez indiquer l'intitulé de la profession dans la langue de l'Etat, membre ou partie, où vous êtes établi(e) ainsi que dans la langue de l'Etat membre d'accueil.
- (d)** Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats, membres ou parties, où vous êtes établi(e).
- (e) (f)** Les pièces justificatives doivent être traduites en français par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique