FORMULAIRE

ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

CURRICULUM VITAE

N° national

Partie réservée au conseil départemental de l'ordre	
Date d'Inscription au Tableau :	N° RPPS :
Département d'Inscription :	N° Départemental :
Précédent département d'exercice :	Date de Radiation dudit département :
Dans l'éventualité d'un changement de situation entre la date d'établissement du curriculum vitae et la date d'inscription, à quel titre l'intéressé(e) a-t-il(elle) été inscrit(e) ?	
Date de début d'activité :	

Norme carte identité française

Identité du praticien	
Nom d'Inscription : *Il s'agit du nom sous lequel vous désirez exercer*	Sexe : ☐ F. ☐ M.
Nom Patronymique (nom de famille) : *Il s'agit du nom de naissance, du nom figurant sur les actes d'état civil et mentionné sur le diplôme.*	
Ancien Nom : *(Ex. : nom de l'ex époux(se), changement de nom par décret du Garde des Sceaux)*	
Prénom Usuel : *Prénom choisi parmi les prénoms de l'état civil.*	Autres Prénoms :
Date de Naissance :	
Lieu de Naissance :	Pays de Naissance :
Nationalité :	Si Nationalité Française acquise, précisez la date : (*)

Coordonnées privées du praticien		
N° :	Voie :	
Complément de localisation *(exemple résidence)* :		Boîte Postale :
Code Postal :	Localité :	Cedex :
Province :		Pays :
N° de Téléphone	Fixe :	Mobile :

Diplôme (*)	
Intitulé :	
Date d'obtention :	Etablissement :
Département :	Pays :
Date de l'autorisation ministérielle :	

Qualification ODF-CO-MBD (*) (**)	
CECSMO DES ou diplôme UE :	Date d'Obtention :
Etablissement :	
Département :	Pays :
Date de la décision ordinale de qualification : *(pour les qualifiés non titulaires d'un DES, du CECSMO ou d'un diplôme UE bénéficiant de la reconnaissance automatique, ou titulaires d'un diplôme étranger ou d'un diplôme UE ne bénéficiant pas de la reconnaissance automatique)*	
Souhaitez-vous figurer sur la liste départementale des spécialistes qualifiés en ODF-CO-MBD ? : ☐ OUI ☐ NON	

Coordonnées d'envoi des correspondances	
ADRESSE PRIVÉE ☐	ADRESSE PROFESSIONNELLE ☐
ADRESSE ELECTRONIQUE DE CONTACT *(obligatoire)* :	@

(*) La production du diplôme et/ou du justificatif est obligatoire.
(**) Joindre obligatoirement la notification d'inscription sur la liste des qualifiés, lettre d'engagement sur l'honneur, copie du diplôme
(***) Barrer la mention inutile

FORMULAIRE

ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Partie réservée au conseil départemental de l'ordre : Report du type d'exercice du praticien	
Propriétaire du cabinet	Locataire d'un cabinet aménagé (locataire du local ET du matériel)
Associé d'une Société Civile de Moyens	Contrat d'exercice professionnel à frais communs
Associé d'une Société Civile Professionnelle	Associé d'une Société d'Exercice Libéral (SELCA-SELAFA-SELARL-SELAS)
Associé d'une Société en participation	Autre association
Collaborateur Libéral	Collaborateur Salarié
Salarié d'un centre de santé	Chirurgien-dentiste conseil
Statut hospitalier et/ou Statut universitaire	Remplaçant.
Convention d'exercice conjoint	Convention article R.4127-281 du code de la santé publique
Gérant	Sans exercice
La production des contrats est obligatoire (article L.4113-9, R.4127-247, R.4127-248 et R.4127-278 du code de la santé publique)	

Type d'exercice principal du praticien :		
N° :	Voie :	
Complément Localisation *(exemple résidence)* :		Boîte Postale :
Code Postal :	Localité :	Cedex :
Province : *(à remplir si outremer)*	Pays :	
N° de Téléphone Fixe :		Mobile :
Cabinet ODF : ☐ Oui ☐ Non	Cabinet MBD : ☐ Oui ☐ Non	Cabinet CO : ☐ Oui ☐ Non
Adresse site Internet :		
(****) Indiquez ci-dessous les noms, prénom et adresse de la personne avec laquelle vous êtes lié(e) (associé, employeur, propriétaire du cabinet, centre de santé, société d'exercice, ...)		
Nom :	Prénom :	N° RPPS :
Nom du centre :		N° FINESS : ou SIRET :
Nom de la société (SEL ou SCP) :		N° SIRET :

Type d'exercice annexe du praticien :		
N° :	Voie :	
Complément Localisation (exemple résidence) :		Boîte Postale :
Code Postal :	Localité :	Cedex :
Province : (à remplir si outremer)	Pays :	
N° de Téléphone : Fixe :		Mobile :
Cabinet ODF : ☐ Oui ☐ Non	Cabinet MBD : ☐ Oui ☐ Non	Cabinet CO : ☐ Oui ☐ Non
Adresse site Internet :		
(****) Indiquez ci-dessous les noms, prénom et adresse de la personne avec laquelle vous êtes lié(e) (associé, employeur, propriétaire du cabinet, centre de santé, société d'exercice, ...)		
Nom :	Prénom :	N° RPPS :
Nom du centre :		N° FINESS : ou SIRET :
Nom de la société (SEL ou SCP) :		N° SIRET :

Type d'exercice annexe du praticien :		
N° :	Voie :	
Complément Localisation (exemple résidence) :		Boîte Postale :
Code Postal :	Localité :	Cedex :
Province : (à remplir si outremer)	Pays :	
N° de Téléphone : Fixe :		Mobile :
Cabinet ODF : ☐ Oui ☐ Non	Cabinet MBD : ☐ Oui ☐ Non	Cabinet CO : ☐ Oui ☐ Non
Adresse site Internet :		
(****) Indiquez ci-dessous les noms, prénom et adresse de la personne avec laquelle vous êtes lié(e) (associé, employeur, propriétaire du cabinet, centre de santé, société d'exercice, ...)		
Nom :	Prénom :	N° RPPS :
Nom du centre :		N° FINESS : ou SIRET :
Nom de la société (SEL ou SCP) :		N° SIRET :

FORMULAIRE

ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Fonctions hospitalières du praticien (***)	Fonctions universitaires du praticien (***)
Nom du centre :	Nom du centre :

(***) La production du justificatif est obligatoire.

Inscription dans un pays de l'union européenne (autre que la France)
En cours : ☐ OUI ☐ NON Précédente et terminée (*) : ☐ OUI ☐ NON
Précisions (exercice : pays, adresses, dates, …) :

Inscription dans un pays hors de l'union européenne
En cours : ☐ OUI ☐ NON Précédente et terminée (*) : ☐ OUI ☐ NON
Précisions (exercice : pays, adresses, dates, …) :

(*) Préciser les dates de radiation aux tableaux de l'ordre (ou organismes similaires) concernés.

Avez vous fait l'objet de sanctions non amnistiées prononcées par un ordre ou organisme assimilé ?
☐ OUI ☐ NON Si oui lesquelles, à quelles dates :
Avez vous fait l'objet de condamnations non amnistiées par une juridiction de droit commun en France ou à l'étranger ?
☐ OUI ☐ NON Si oui lesquelles, à quelles dates :
Faites-vous l'objet d'une procédure collective ?
☐ OUI ☐ NON Si oui lesquelles, à quelles dates :
Avez-vous fait simultanément une demande d'inscription dans un autre département ?
☐ OUI ☐ NON Si oui, à quelle date et dans quel département :

FORMULAIRE

ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Reproduire ci-dessous à la main la phrase :
« J'affirme sur l'honneur avoir pris connaissance du Code de Déontologie des Chirurgiens-dentistes »
➢ Je demande mon inscription au Tableau de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes du département de : ➢ J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité. ➢ Je m'engage à informer le Conseil départemental de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes de toutes modifications intervenues dans ma situation professionnelle, en y joignant le cas échéant tout justificatif nécessaire. ➢ Je m'engage à répondre à toute demande de renseignements concernant mon exercice professionnel. ➢ Je m'engage à respecter les dispositions du Code de la santé publique relatives à l'élimination des déchets. ➢ Je m'engage sur l'honneur à souscrire une assurance garantissant ma responsabilité civile professionnelle et à veiller à son bon renouvellement périodique.

Important

1 - Toute fausse déclaration est passible de sanctions disciplinaires ou pénales (article L. 4163-8 du code de la santé publique, article 441-6 du code pénal).

2 - Tout praticien d'exercice libéral doit demander personnellement son inscription règlementaire auprès de la Caisse Autonome de Retraite 50, avenue Hoche Paris 8°, dans le mois qui suit le début d'exercice.

3 - Les informations recueillies dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement automatisé. Ces informations sont destinées au Conseil de l'Ordre des chirurgiens-dentistes auprès duquel vous souhaitez vous inscrire et au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) (1). Elles sont nécessaires à l'instruction de votre demande d'inscription à l'Ordre, conformément aux articles L. 4113-1 et suivants du code de la santé publique. Ces informations serviront également à l'Ordre pour vous envoyer ses bulletins et autres informations professionnelles. Enfin, l'Ordre peut être amené à donner les coordonnées des chirurgiens-dentistes à certaines institutions (Ministère chargé de la santé, AFSSAPS, etc.) dans un intérêt de santé publique (messages d'alerte, ...).

En aucun cas, il ne communiquera ces informations pour une utilisation à des fins commerciales. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez, auprès du Conseil départemental de l'Ordre qui a recueilli votre demande d'inscription, d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'un droit de rectification des informations vous concernant.

En outre, vous pouvez vous opposer à ce que les informations vous concernant fassent l'objet d'un traitement destiné à vous adresser des informations à caractère professionnel ou soient transmises à des tiers quels qu'ils soient, à l'exception des traitements rendus obligatoires par la loi, et notamment la transmission des informations à l'ASIP pour la gestion du RPPS. Il vous appartient alors de signaler par écrit cette opposition au Conseil départemental au tableau duquel vous êtes inscrit.

(1) Conformément aux articles D. 4113-117 et suivants du code de la santé publique le Conseil National de l'Ordre des chirurgiens-dentistes est tenu de transmettre à l'ASIP Santé les éléments issus de l'inscription au tableau pour la mise à jour du RPPS. Ces informations sont destinées notamment au Ministère chargé de la santé, aux Agences régionales de santé, aux Caisses primaires d'assurance maladie et à l'Agence des systèmes d'information partagés de santé dans un but de simplification des démarches administratives. Elles contribuent également à l'établissement de statistiques démographiques et à la délivrance des cartes de professionnel de santé (CPS).

Date	Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé »

Une copie du présent CV d'inscription doit être :
- remise au praticien
- adressée au Conseil National.

FORMULAIRE

ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Joignez impérativement vos projets de plaque et d'imprimé professionnel (ordonnances, papiers à en-tête, cartons de RV, devis, etc.) :
Dans le cas où l'intéressé(e) désirerait faire paraitre dans la presse une annonce d'installation, le projet de communiqué doit être soumis à l'agrément du conseil départemental de l'Ordre, qui en détermine la fréquence, la rédaction et la présentation (article R.4127-219 du code de la santé publique).

Plaque professionnelle

Article R.4127-218 du code de la santé publique :

Les seules indications qu'un chirurgien-dentiste est autorisé à faire figurer sur une plaque professionnelle à la porte de son immeuble ou de son cabinet sont ses nom, prénoms, sa qualité, sa spécialité et les diplômes, titres ou fonctions reconnus par le Conseil national de l'ordre. Il peut y ajouter l'origine de son diplôme, les jours et heures de consultation ainsi que l'étage et le numéro de téléphone. Les praticiens qui ne sont pas titulaires du diplôme d'Etat français doivent ajouter les mentions d'origine prévues par l'article L. 4111-5.
Ces indications doivent être présentées avec discrétion, conformément aux usages de la profession.

Autres dispositions en ce qui concerne les plaques :

En cas de transfert de son cabinet dentaire, un chirurgien-dentiste est autorisé à conserver sa plaque à son ancienne adresse professionnelle en y mentionnant son nouveau lieu d'exercice et ce durant un an. En cas de cession du cabinet, le praticien cédant doit retirer sa plaque dès la cession. L'acquéreur a la possibilité d'apposer, sous sa propre plaque, une plaquette (de la largeur de sa plaque) dont la hauteur ne peut excéder 7 cm portant la mention "successeur de M... ".

Cette mention de "successeur" ne peut apparaître que pendant un délai qui ne peut excéder un an. (cf. : circulaire n°1181 du 19 mai 1999).

En application du code de déontologie, une seule plaque est admise. Toutefois, dans des cas particuliers (grands ensembles par exemple) et si cela s'avère indispensable pour l'information du public, le conseil départemental peut éventuellement accorder une dérogation. Il faut donc, là encore, entrer en rapport avec le conseil départemental pour obtenir l'agrément préalable.

Pour une bonne information des patients, il est conseillé aux praticiens exerçant dans le cadre d'une société civile professionnelle ou société d'exercice libérale d'apposer une plaque règlementaire par praticien inscrit dans cette société.

Les praticiens bénéficiaires d'un contrat de gérance ou d'une convention en application de l'article R4127-281 du code de déontologie, ne sont pas autorisés à apposer leur propre plaque ; seule la plaque du titulaire du cabinet ou celle du praticien décédé subsiste.

Par ailleurs, les jeunes confrères ayant obtenu le titre règlementaire sont autorisés à faire état du titre d'Ancien interne en odontologie, et ce tant sur leur plaque que sur leurs imprimés professionnels (circulaire n°1195 du 22 décembre 1999).

Il conviendra également d'informer la patientèle de votre conventionnement.

Imprimés professionnels

Définition :

Imprimé professionnel : tout document à en-tête du praticien et destiné à des tiers : ordonnance, devis, note d'honoraires, carte de visite, carte de rendez-vous, courrier professionnel, tampon professionnel.

Rédaction des imprimés professionnels :

Article R4127-216

Les seules indications que le chirurgien-dentiste est autorisé à mentionner sur ses imprimés professionnels, notamment ses feuilles d'ordonnances, notes d'honoraires et cartes professionnelles, sont :
1° - Ses nom, prénoms, adresses postale et électronique, numéros de téléphone et de télécopie, jours et heures de consultation et ses numéros de comptes bancaires ;
2° - Sa qualité et sa spécialité ;
3° - Les diplômes, titres et fonctions reconnus par le Conseil national de l'ordre ;
4° - Les distinctions honorifiques reconnues par la République française ;
5° - La mention de l'adhésion à une association agréée prévue à l'article 64 de la loi de finances pour 1977 n° 76-1232 du 29 décembre 1976 ;
6° - Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie obligatoires ;
7° - S'il exerce en société civile professionnelle ou en société d'exercice libéral, les noms des chirurgiens-dentistes associés et, en ce qui concerne les sociétés d'exercice libéral, les mentions prévues à l'article R. 4113-2 et le numéro d'inscription au registre du commerce et des sociétés.

L'article R.4127-220 du code de la santé publique stipule que : "Sont interdits l'usurpation de titres, l'usage des titres non autorisés par le conseil national ainsi que tous les procédés destinés à tromper le public sur la valeur de ces titres, notamment par l'emploi d'abréviations non autorisées."

Le praticien désireux de mentionner un diplôme, titre ou fonction doit fournir au conseil départemental tout justificatif de son obtention.
Les diplômes, titres ou fonctions non reconnus par le Conseil National de l'Ordre doivent faire l'objet d'une demande écrite du praticien, sur imprimé professionnel conforme, accompagné des justificatifs attestant de leur obtention et, pour les diplômes, du programme de formation.

Exemples de présentations d'imprimés professionnels

FORMULAIRE

ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Situation	Si le praticien ne désire pas faire état de son titre de formation	Si le praticien désire faire état de son titre de formation
Propriétaire	Monsieur/Madame X Chirurgien-dentiste Université de...	Docteur X Chirurgien-dentiste Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine) Université de... OU Monsieur/Madame X Chirurgien-dentiste Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine) Université de...
Collaborateur	Monsieur/Madame X Chirurgien-dentiste Université de...	Docteur X Chirurgien-dentiste Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine) Université de... OU Monsieur/Madame X Chirurgien-dentiste Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine) Université de...
Salarié	Pas d'imprimé personnel	Pas d'imprimé personnel
SCM	Monsieur/Madame X Chirurgien-dentiste Université de...	Docteur X Chirurgien-dentiste Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine) Université de... OU Monsieur/Madame X Chirurgien-dentiste Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine) Université de...
SCP	SCP X Monsieur/Madame X Chirurgien-dentiste Université de...	SCP X Docteur X Chirurgien-dentiste Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine) Université de... OU Monsieur/Madame X Chirurgien-dentiste Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine) Université de...
SEL	SELARL X SELARL de chirurgiens-dentistes Montant du capital social : x euros N° inscription à l'Ordre : R... N° inscription au RCS : ... Adresse, téléphone, télécopie, adresse électronique Monsieur/Madame X Chirurgien-dentiste Université de...	SELARL X SELARL de chirurgiens-dentistes Montant du capital social : x euros N° inscription à l'Ordre : R... N° inscription au RCS : ... Adresse, téléphone, télécopie, adresse électronique Docteur X Chirurgien-dentiste Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine) Université de... OU SELARL X SELARL de chirurgiens-dentistes Montant du capital social : x euros N° inscription à l'Ordre : R... N° inscription au RCS : ... Adresse, téléphone, télécopie, adresse électronique Monsieur/Madame X Chirurgien-dentiste Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine) Université de...