

Nom Prénom	
N° d'identification RPPS	

1) Activité

Mois		Année	2	0		
------	--	-------	---	---	--	--

Activité	Nombre d'actes	Honoraires perçus ¹
Nombre de consultations ou de visites		

2) Arrêts de travail éventuels

Arrêts de travail ²	Maladie	Maternité
Période(s)	du au	du au
	du au	du au
	du au	du au

3) Participation à la permanence des soins ambulatoires

Nombre de gardes ou astreintes effectuées au cours du mois :	
Préciser si participation à la régulation médicale des appels :	

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des données fournies.

Fait à le

Signature et **cachet** du médecin

Déclaration à retourner par courriel :

ars-na-dosa-gfps-sap@ars.sante.fr

Ou à l'adresse suivante :

ARS Nouvelle-Aquitaine - Site de Poitiers
Pôle Gestion et Formation des Professionnels de Santé
A l'attention de Mme WEBER Elodie
4 rue Micheline Ostermeyer
BP 20 570
86021 Poitiers Cedex

¹ Hors revenus résultant de la permanence des soins et hors revenus résultant des honoraires d'un remplaçant.

² Uniquement les arrêts supérieurs à 7 jours. Voir modalités à l'article 6 de votre contrat.