



**LISTE DES PIÈCES À FOURNIR**  
**PREMIÈRE DEMANDE D'INSCRIPTION AU TABLEAU**  
**Diplôme Français**

**(Tout dossier incomplet sera refusé)**

**Tous les originaux des documents doivent être envoyés par voie postale (R+AR, DHL ou Chronopost)  
si vous ne pouvez pas vous déplacer avant la date de séance ordinaire prévue pour examiner votre dossier**

**En application des dispositions de l'article L.4112-3 du code de la santé publique, le Conseil Départemental dispose d'un délai de trois mois à compter de la réception de votre demande et des pièces reçues pour procéder à votre inscription au tableau.**

- Lettre de demande d'inscription** datée et signée reçue le : .... / .... / ..... Originale reçue le : .... / .... / .....
- Curriculum Vitae à remplir (formulaire remis par le CDO)**
- 2 Photos d'identité (norme carte d'identité française)**
- Carte d'identité en cours de validité ou du passeport (présenter l'original obligatoirement au CDO)**
- Extrait de casier judiciaire N°2 (le bulletin N° 2 est demandé par le CDO, renseigner uniquement les informations demandées)**

date & le lieu de votre naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ N° département : (\_\_\_\_)

- 1° Déclaration sur l'honneur certifiant n'avoir jamais été inscrit à un Tableau de l'Ordre** (à recopier et signer)
- 2° Déclaration sur l'honneur certifiant qu'aucune instance n'est en cours** (à recopier et signer)
- 3° Déclaration sur l'honneur «clause d'interdiction d'exercer»** (lors d'un contrat en qualité d'étudiant) (à recopier et signer)

- Original du Diplôme d'État OU certificat provisoire (présenter l'original obligatoirement au CDO)**
- Soutenance de thèse en date du .....**
- 6ème année validée (fourni un relevé de notes ou une attestation de la faculté) date : .....**
- Copie de l'Attestation de la formation à la Radioprotection (copie) ou un relevé de notes faisant apparaître la radioprotection dans votre cursus.**
- Déclaration sur l'honneur attestant s'engager à présenter l'original du diplôme** (à recopier et signer)
- Autres diplômes/documents - Spécialisation - Justificatif internat : .....**
- Assurance Responsabilité Civile Professionnelle (fournir une copie de l'attestation)**  
*Ne pas oublier de faire modifier car celle de l'étudiant ne couvre plus un praticien diplômé.*

Type d'exercice : \_\_\_\_\_

**Attention, votre statut d'exercice en qualité d'Assistant-collaborateur ou propriétaire de cabinet entraînera obligatoirement votre participation au service de garde très bientôt (généralement 2 à 3 mois après votre début d'activité)**

Vos Coordonnées : **\_\_\_\_\_** ☎ : ..... ☐ : ..... @ .....

# FORMULAIRE



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

## CURRICULUM VITAE

|   |  |  |
|---|--|--|
|   |  | N° national  |
| Partie réservée au conseil départemental de l'ordre   |  | <br><b>Norme carte identité française</b> |
| Date d'Inscription au Tableau :   | N° RPPS :  |  |
| Département d'Inscription :   | N° Départemental :   |  |
| Précédent département d'exercice :  | Date de radiation dudit département :  |  |
| <i>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) ?</i>   |  |  |
| <i>Date de début d'activité :</i>   |  |  |
| Identité du praticien   |  |  |
| Nom d'Inscription :<br><i>Il s'agit du nom sous lequel vous désirez exercer</i>   |  | Sexe : <input type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/> M.   |
| Nom patronymique (nom de famille) :<br><i>Il s'agit du nom de naissance, du nom figurant sur les actes d'état civil et mentionné sur le diplôme.</i>  |  |  |
| Ancien nom :<br><i>(Ex. : nom de l'ex-époux(se), changement de nom par décret)</i>  |  |  |
| Prénom usuel :  | Autres prénoms :   |  |
| <i>Prénom choisi parmi les prénoms de l'état civil.</i>   |  |  |
| Date de naissance :   |  |  |
| Lieu de naissance :   | Pays de naissance :  |  |
| Nationalité :   | Si nationalité française acquise, précisez la date : (*)                       |  |
| Coordonnées privées du praticien  |  |  |
| N° :  | Voie :   |  |
| Complément d'adresse :  |  | Boîte Postale :  |
| Code Postal :   | Localité :   | Cedex :  |
| Adresse électronique :  |  | Pays :   |
| N° de Téléphone   | Fixe :   | Mobile :   |
| Diplôme (*)   |  |  |
| Intitulé :  |  |  |
| Date d'obtention :  | Établissement :  |  |
| Département :   | Pays :   |  |
| Date de l'autorisation ministérielle délivrée par le ministère de la santé français, pour les diplômes étrangers uniquement :   |  |  |
| Qualification : ODF <input type="checkbox"/> CO <input type="checkbox"/> MBD <input type="checkbox"/> (*)   |  |  |
| CECSMO <input type="checkbox"/> DES ODF <input type="checkbox"/> DES CO <input type="checkbox"/> DES MBD <input type="checkbox"/> diplôme UE <input type="checkbox"/>   |  | Date d'Obtention :   |
| Établissement :   |  |  |
| Département :   | Pays :   |  |
| Date de la décision ordinale de qualification :<br><i>(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)</i> |  |  |
| Souhaitez-vous figurer sur la liste des spécialistes qualifiés en ODF / CO / MBD (**) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON   |  |  |
| Coordonnées d'envoi des correspondances (un choix obligatoire)  |  |  |
| ADRESSE POSTALE   | ADRESSE ÉLECTRONIQUE   |  |
| PRIVÉE <input type="checkbox"/> PROFESSIONNELLE (***) <input type="checkbox"/>  | PRIVÉE <input type="checkbox"/> PROFESSIONNELLE (***) <input type="checkbox"/> |  |
| TÉLÉPHONE FIXE  | TÉLÉPHONE MOBILE   |  |
| PRIVÉ <input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL (***) <input type="checkbox"/>   | PRIVÉ <input type="checkbox"/> PROFESSIONNEL (***) <input type="checkbox"/>    |  |

(\*) 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

(\*\*\*) Préciser de quel exercice il s'agit au regard de la numérotation figurant à la page suivante

# FORMULAIRE



## ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Partie réservée au conseil départemental de l'ordre : Report du type d'exercice du praticien  
(1 pour l'exercice principal ; 2, 3, 4, etc... pour les exercices annexes)

|   |  |  |
|---|--|--|
| 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.4127-279 du code de la santé publique)*

### 1- Exercice principal du praticien :

|  |                              |                              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| N° :   | Voie :                       |                              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Complément d'adresse :   |                              | Boîte Postale :              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Code Postal :  | Localité :                   | Cedex :                      |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Adresse électronique :   | Pays :                       |                              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| N° de Téléphone  | Fixe :                       | Mobile :                     |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Spécialité ODF :   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Spécialité MBD :     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Spécialité CO : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Adresse site Internet :  |                              |                              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Indiquez ci-dessous les noms, prénom et adresse de la personne avec laquelle vous êtes lié(e) le cas échéant (****)<br>(associé, employeur, propriétaire du cabinet, centre de santé, société d'exercice, ...) |                              |                              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Nom :  |                              |                              | Prénom :             |                              |                              | N° RPPS :       |                              |                              |
| Nom du centre ou de l'établissement :  |                              |                              | N° FINESS ou SIRET : |                              |                              |                 |                              |                              |
| Nom de la société (SEL ou SCP) :   |                              |                              | N° SIRET :           |                              |                              |                 |                              |                              |

### 2- Exercice annexe du praticien :

|  |                              |                              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| N° :   | Voie :                       |                              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Complément d'adresse :   |                              | Boîte Postale :              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Code Postal :  | Localité :                   | Cedex :                      |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Adresse électronique :   | Pays :                       |                              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| N° de Téléphone :  | Fixe :                       | Mobile :                     |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Spécialité ODF :   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Spécialité MBD :     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Spécialité CO : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Adresse site Internet :  |                              |                              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Indiquez ci-dessous les noms, prénom et adresse de la personne avec laquelle vous êtes lié(e) le cas échéant (****)<br>(associé, employeur, propriétaire du cabinet, centre de santé, société d'exercice, ...) |                              |                              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Nom :  |                              |                              | Prénom :             |                              |                              | N° RPPS :       |                              |                              |
| Nom du centre ou de l'établissement :  |                              |                              | N° FINESS ou SIRET : |                              |                              |                 |                              |                              |
| Nom de la société (SEL ou SCP) :   |                              |                              | N° SIRET :           |                              |                              |                 |                              |                              |

### 3- Exercice annexe du praticien :

|  |                              |                              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| N° :   | Voie :                       |                              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Complément Localisation (exemple résidence) :  |                              | Boîte Postale :              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Code Postal :  | Localité :                   | Cedex :                      |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Adresse électronique :   | Pays :                       |                              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| N° de Téléphone :  | Fixe :                       | Mobile :                     |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Spécialité ODF :   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Spécialité MBD :     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Spécialité CO : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Adresse site Internet :  |                              |                              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Indiquez ci-dessous les noms, prénom et adresse de la personne avec laquelle vous êtes lié(e) le cas échéant (****)<br>(associé, employeur, propriétaire du cabinet, centre de santé, société d'exercice, ...) |                              |                              |                      |                              |                              |                 |                              |                              |
| Nom :  |                              |                              | Prénom :             |                              |                              | N° RPPS :       |                              |                              |
| Nom du centre ou de l'établissement :  |                              |                              | 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 de l'établissement :                   | Nom de l'établissement :                    |

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

|  |   |
|--|---|
| Inscription dans un pays de l'union européenne (autre que la France)   |   |
| En cours : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br>Précédente et terminée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Date d'inscription :<br>Date de radiation : |
| Précisions (exercice, pays, adresses, dates, ...) :  |   |

|  |   |
|--|---|
| Inscription dans un pays hors de l'union européenne  |   |
| En cours : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br>Précédente et terminée : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Date d'inscription :<br>Date de radiation : |
| Précisions (exercice, pays, adresses, dates, ...) :  |   |

|  |  |
|--|--|
| Avez-vous fait l'objet de sanctions non amnistiées prononcées par un ordre ou organisme assimilé ? |  |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br>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 ? |  |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br>Si oui, lesquelles, à quelles dates ?                     |  |

|  |  |
|--|--|
| Faites-vous l'objet d'une procédure collective ?                                       |  |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br>Si oui, à quelles dates ? |  |

|   |  |
|---|--|
| Avez-vous fait dans les douze derniers mois une demande d'inscription dans un autre département ?             |  |
| <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON<br>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 et des recommandations ordinaires en matière de communication professionnelle des chirurgiens-dentistes portant notamment sur les plaques, les ordonnances, les sites internet, les réseaux sociaux... et des pages 5 et 6 du CV qui me sont remises à la signature de ce CV.»

- 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.
- **Dans le cadre d'une pratique de soins utilisant le MÉOPA, j'atteste être titulaire de l'attestation délivrée par le CNO (conditions de formation requises) ou d'en faire la demande immédiatement et concomitamment à cette demande d'inscription.**

### Important

1. Toute fausse déclaration est passible de sanctions disciplinaires et/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 réglementaire auprès de la Caisse Autonome de Retraite 50, avenue Hoche Paris 8<sup>e</sup>, 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, ...). 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. Pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@oncd.org.

(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 »

Le présent formulaire est établi en trois exemplaires, dont un est conservé au conseil départemental de l'ordre, l'autre est remis au praticien et le troisième adressé au Conseil national de l'ordre.

# FORMULAIRE



## ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

### PARTIE À CONSERVER PAR LE PRATICIEN

Joignez impérativement vos projets de plaque et d'imprimé professionnels :

Lors de son installation ou d'une modification de son exercice, le chirurgien-dentiste peut publier sur tout support des annonces en tenant compte des recommandations émises par le conseil national de l'ordre. (article R. 4127-219 du code de la santé publique).

#### Plaque professionnelle

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

*Le chirurgien-dentiste peut faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice ses nom, prénoms, numéro de téléphone, jours et heures de consultation, sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance-maladie et la spécialité au titre de laquelle il est inscrit au tableau ou la qualification qui lui a été reconnue conformément au règlement de qualification.*

*Il peut également mentionner ses titres, diplômes et fonctions reconnus par le conseil national de l'ordre.*

*Une plaque peut être apposée à l'entrée de l'immeuble et une autre à la porte du cabinet. Lorsque la disposition des lieux l'impose, une signalisation intermédiaire peut être prévue.*

*Ces indications doivent être présentées avec discrétion. Le chirurgien-dentiste tient compte des recommandations émises par le conseil national de l'ordre relatives aux plaques professionnelles et à tout autre élément de signalétique des cabinets.*

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.

Le chirurgien-dentiste peut solliciter préalablement l'avis de son conseil départemental lorsque la signalisation intermédiaire semble nécessaire pour une bonne information et l'orientation des patients, en fonction du contexte local et environnemental.

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

Les praticiens bénéficiaires d'un contrat de gérance ou d'une convention en application de l'article R. 4127-281 du code de la santé publique, 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 réglementaire sont autorisés à faire état du titre d'Ancien interne en odontologie, et ce tant sur leur plaque que sur leurs imprimés professionnels.

**L'étudiant n'a pas le droit d'apposer sa plaque sur son lieu d'exercice puisque non inscrit au tableau.**

#### Imprimés professionnels

Définition :

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 R. 4127-216 du code de la santé publique :

*Le chirurgien-dentiste mentionne sur ses feuilles d'ordonnance et sur ses autres documents professionnels :*

*1° Ses nom, prénoms, adresse professionnelle postale et électronique, numéro de téléphone et numéro d'identification au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé ;*

*2° Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ;*

*3° La spécialité au titre de laquelle est inscrit au tableau ou la qualification qui lui a été reconnue conformément au règlement de qualification ;*

*4° Son adhésion à une association agréée prévue à l'article 371M du code général des impôts.*

*Il peut également mentionner ses titres, diplômes et fonctions lorsqu'ils sont reconnus par le conseil national de l'ordre, ses distinctions honorifiques reconnues par la République française, ainsi que toute autre indication en tenant compte des recommandations émises en la matière par le conseil national.*

L'article R. 4127-220 du code de la santé publique :

*Sont interdits l'usurpation de titres, l'usage de titres non autorisés par le conseil national ainsi que tous les procédés destinés à tromper le public sur la valeur de ces titres.*

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.

# FORMULAIRE



## ORDRE NATIONAL DES CHIRURGIENS-DENTISTES

### PARTIE À CONSERVER PAR LE PRATICIEN

Exemples de présentations d'imprimés professionnels

| 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<br>Chirurgien-dentiste<br>Université de...  | Docteur X<br>Chirurgien-dentiste<br>Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine)<br>Université de...<br>OU<br>Monsieur/Madame X<br>Chirurgien-dentiste<br>Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine)<br>Université de...   |
| Collaborateur | Monsieur/Madame X<br>Chirurgien-dentiste<br>Université de...  | Docteur X<br>Chirurgien-dentiste<br>Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine)<br>Université de...<br>OU<br>Monsieur/Madame X<br>Chirurgien-dentiste<br>Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine)<br>Université de...   |
| Salarié       | Pas d'imprimé personnel   | Pas d'imprimé personnel  |
| SCM           | Monsieur/Madame X<br>Chirurgien-dentiste<br>Université de...  | Docteur X<br>Chirurgien-dentiste<br>Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine)<br>Université de...<br>OU<br>Monsieur/Madame X<br>Chirurgien-dentiste<br>Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine)<br>Université de...   |
| SCP           | SCP X<br><br>Monsieur/Madame X<br>Chirurgien-dentiste<br>Université de...   | SCP X<br><br>Docteur X<br>Chirurgien-dentiste<br>Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine)<br>Université de...<br>OU<br>Monsieur/Madame X<br>Chirurgien-dentiste<br>Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine)<br>Université de...  |
| SEL           | SELARL X<br><br>SELARL de chirurgiens-dentistes<br>Montant du capital social : x euros<br>N° inscription à l'Ordre : R...<br>N° inscription au RCS : ...<br>Adresse, téléphone, télécopie, adresse électronique<br><br>Monsieur/Madame X<br>Chirurgien-dentiste<br>Université de... | SELARL X<br><br>SELARL de chirurgiens-dentistes Montant du capital social : x euros<br>N° inscription à l'Ordre : R...<br>N° inscription au RCS : ...<br>Adresse, téléphone, télécopie, adresse électronique<br><br>Docteur X<br>Chirurgien-dentiste<br>Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine)<br>Université de...<br>OU<br>SELARL X<br><br>SELARL de chirurgiens-dentistes Montant du capital social : x euros<br>N° inscription à l'Ordre : R...<br>N° inscription au RCS : ...<br>Adresse, téléphone, télécopie, adresse électronique<br><br>Monsieur/Madame X<br>Chirurgien-dentiste<br>Diplôme d'exercice (dans la langue du pays d'origine)<br>Université de... |



ORDRE NATIONAL  
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

---

CONSEIL DÉPARTEMENTAL  
DE LA RÉUNION

## Déclaration sur l'honneur

(à compléter par vos noms , prénoms, adresse, dater, signer)

**(Veuillez recopier cette déclaration au-dessous du texte)**

Je soussigné, Docteur ..., chirurgien-dentiste, né (e) le... demeurant au... , déclare sur l'honneur qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptibles d'avoir des conséquences sur l'inscription au Tableau n'est en cours à mon encontre.

Fait à Saint-Denis,

Le...

signature :



## Déclaration sur l'honneur

(à compléter par vos noms , prénoms, adresse, dater, signer)

**(Veuillez recopier cette déclaration au-dessous du texte)**

Je soussigné, Docteur..., chirurgien-dentiste, né (e) le... demeurant au ... , certifie sur l'honneur que je ne suis actuellement tenu par aucune clause d'interdiction d'exercer découlant d'un précédent contrat, y compris ceux signés en tant qu'étudiant.

Fait à Saint-Denis,

Le ...

signature :



## Déclaration sur l'honneur

(à compléter par vos noms , prénoms, adresse, dater, signer)

**(Veuillez recopier cette déclaration au-dessous du texte)**

Je soussigné, Docteur ..., chirurgien-dentiste, né (e) le... demeurant au... , certifie sur l'honneur n'avoir jamais été inscrit(e) à un Tableau de l'Ordre en France.

Fait à Saint-Denis,

Le...

signature :

---

-----