

Annexe 8:

**Attestation de participation à la permanence des soins en établissement de santé privé
Demande individuelle de versement des indemnisations d'astreintes et de gardes**

Document à envoyer par courrier postal rempli, signé, sans rature ni surcharge

CPAM

Mois et année de référence :

Identification du praticien		Identification des praticiens remplaçants (le cas échéant)	
Prénom, Nom :		Nom, Prénom	N° identification
N° identification du Praticien :			
Etablissement :			
N° FINESS :			
Téléphone :			
Email :			

Nombre d'astreintes effectuées au cours du mois de référence :

Montant unitaire	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Période compétente (Nuit, dimanche, férié)																															
Période début de nuit																															
Période nuit profonde ou samedi après-midi																															

Nombre de gardes effectuées au cours du mois de référence :

Montant unitaire	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Période compétente (Nuit, dimanche, férié)																															
Période début de nuit																															
Période nuit profonde ou samedi après-midi																															

Je soussigné, Dr _____, déclare avoir participé à la permanence des soins aux dates mentionnées ci-dessus ouvrant droit au versement des forfaits d'indemnisation, soit la somme de _____ €.

Fait à _____, le _____.

Signature et cachet du Médecin