

Attestation de participation à la permanence des soins bucco-dentaires

Versement des indemnisations d'astreintes

(Avenant 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes JO du 31/07/2012)

Mois et année de référence (à préciser) :20.....

Identification du praticien	
Nom, Prénom	
Numéro d'identification du praticien	
Adresse	
Téléphone	
Email	
Identification du praticien remplaçant (le cas échéant)	
Nom, Prénom	
Numéro d'identification du praticien	

Nombre d'astreintes effectuées au cours du mois de référence (*dimanche et jours fériés*) :

(Veuillez cocher les cases des jours correspondant à vos astreintes)

Jours	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	Nombre total demi-journée(s)		
Demi-journée (9h-13h)																																		

Je soussigné, Docteur, chirurgien-dentiste, déclare avoir participé à la permanence des soins dentaires aux dates mentionnées ci-dessus ouvrant droit au versement des astreintes, soit la somme de€, correspondant àdemi-journée(s).

Fait à....., le

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

CPAM 24

Service gestion des soins de ville – Groupe 1 Prescripteurs

50, Rue Claude Bernard

24910 PÉRIGUEUX cedex 09

Signature et cachet du chirurgien-dentiste