

# Attestation de participation à la permanence des soins bucco-dentaires - Versement des indemnités d'astreinte

(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-12h)																																
Demi-journée (15h-18h)																																

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 à .....demi-journée(s).

Fait à....., le .....

Signature et cachet du chirurgien-dentiste
--

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

**CPAM 24**

**Service gestion des soins de ville 50, Rue Claude Bernard**

**24910 PÉRIGUEUX cedex 09**