

Attestation de participation à la permanence des soins dentaires Versement des indemnisations d'astreintes des chirurgiens-dentistes libéraux

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

(Document à envoyer signé, sans rature ni surcharge à votre caisse de rattachement)*

Mois et année de référence (à préciser) :

mois

année

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

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

(Veuillez cocher les cases des jours correspondant à la réalisation d'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 de demi-journées		
demi-journée (matin)																																		
demi-journée (après-midi)																																		

Je soussigné(e), M. (Mme) _____, directeur du centre de Santé _____, déclare exacts les renseignements portés ci-dessus, ouvrant droit au versement d'astreintes, soit la somme de _____ €, correspondant à _____ demi-journées(s).

Fait à _____, le _____

Cachet du centre de santé
Signature du directeur