**Annexe 4**

**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

*\*coordonnées du service à préciser par la CPAM*