

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) : mois année

Identification du praticien		Identification du praticien remplaçant (le cas échéant)	
Nom, Prénom :		Nom, Prénom	N° identification
Numéro 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 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
Demi-journée (matin)																																
Demi-journée (après-midi)																																

Je soussigné(e), Dr _____, 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

A RETOURNER par E-dem, notre nouveau service en ligne
[Gagnez du temps grâce à E-dem !](#)

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent.
 Pour faire valoir ce droit, vous devez en faire la demande par courrier au Directeur de la CPAM de la Vendée, à l'attention du correspondant CNIL.