

**ATTESTATION DE PARTICIPATION A LA PERMANENCE DES SOINS  
REMUNERATION DES ASTREINTES**

**Mois et année de référence :**

--	--

<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
----------	----------	----------	----------

**Médecin généraliste participant titulaire du cabinet médical**

*(à renseigner dans tous les cas)*

Prénom, Nom : .....

Adresse professionnelle : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

N° identification du professionnel :

<b>2</b>	<b>8</b>	<b>1</b>							
----------	----------	----------	--	--	--	--	--	--	--

**SECTEUR**

--

de rattachement d'astreinte

**Médecin généraliste remplaçant du titulaire**

*(le cas échéant)*

Prénom, Nom : .....

**Astreintes**

**Jours calendaires** de réalisation des astreintes (cocher chaque case concernée) :

	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	
<b>20h-24h</b> <b>50 €<sup>(1)</sup></b>																																
<b>14h-20h</b> <b>75€<sup>(2)</sup></b>																																
<b>8h-20h</b> <b>150 €<sup>(3)</sup></b>																																
<b>8h-12h</b> <b>50 €<sup>(4)</sup></b>																																
<b>12h-20h</b> <b>100 €<sup>(5)</sup></b>																																

<sup>(1)</sup> **Nuit semaine et week-end**

<sup>(2)</sup> **Samedi après-midi**

<sup>(3)</sup> **Dimanche et jour férié – Lundi lorsqu'il précède un jour férié – Vendredi et samedi lorsqu'ils suivent un jour férié**

<sup>(4)</sup> **Samedi matin lorsqu'il suit un jour férié**

<sup>(5)</sup> **Samedi après-midi lorsqu'il suit un jour férié**

**Demande d'indemnisation**

Je soussigné Dr \_\_\_\_\_ déclare avoir participé à la permanence des soins aux dates mentionnées

ci-dessus ouvrant droit au versement d'un forfait de :

50 euros X	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		= ----- euros
75 euros X	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		= ----- euros
150 euros X	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		= ----- euros
100 euros X	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		= ----- euros

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_  
Signature et cachet du médecin :