ATTESTATION DE PARTICIPATION A 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)

A envoyer par courrier postal, complété et signé, sans rature ni surcharge à la
CGSS Service Prestation Nature Transporteurs Prescripteur - 4 boulevard Doret -
CS53001 - 97741 SAINT DENIS CEDEX 9

MOIS ET ANNÉE DE RÉFÉRENCE *(à préciser)* : .....

Identification du praticien	Identification du praticien remplaçant (le cas échéant)	
NOM, Prénom :	Nom, prénom	N° identification
N° d'identification du praticien :		
Adresse :		
Téléphone :		
E-mail :		

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**	**Nbre total demi-journée**
Demi-journée (matin)																																
Demi-journée (après-midi)																																

Je soussigné Docteur ..... 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-journées.

Signature et cachet du Chirurgien-Dentiste

Fait à le