Agence Régionale de Santé
Aquitaine

Annexe 1

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)

(Document à envoyer par courrier postal rempli, 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° 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

**coordonnées du service à préciser par la CPAM*