



Attestation de participation à la permanence des soins bucco-dentaires Versement des indemnités d'astreintes

*Document à envoyer par mail rempli, signé, sans rature ni surcharge
au Service Relations avec les Professionnels de santé – srps.cpam-loireatlantique@assurance-maladie.fr*

Mois et année de référence (à préciser) :

Identification du praticien	Identification du praticien remplaçant (le cas échéant)	
Nom, Prénom :	Nom, Prénom :	N° identification
Numéro d'identification du praticien : 444.....		
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)

	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
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€ (Montant unitaire 75€).

Fait à, Le :

Signature et cachet du Chirurgien-Dentiste