



Service de la santé publique
Division Qualité et professions de la santé
Rue Cité - Devant 11
1014 Lausanne
Tél. : 021/316.42.53
Fax : 021/316.42.78

**AVIS D'ENGAGEMENT D'UN MEDECIN DEPENDANT AU SEIN
D'UN ETABLISSEMENT MEDICAL DE SOINS AMBULATOIRES**

**DEMANDE D'AUTORISATION DE FACTURER A CHARGE
DE L'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES SOINS**

Nom et adresse de l'employeur :
.....
.....
Nom de la personne engagée :
Nom avant le mariage :
Prénom(s) : /
Date de naissance : Sexe :
Adresse privée :
Téléphone : E-mail :
Commune d'origine :
Nationalité (personne étrangère) : Permis :
Diplôme ou titre professionnel :
délivré par : le :
Titre(s) post-grades :
Date de l'engagement :
Pourcentage d'activité :%
Nom du dernier employeur :

Documents à transmettre :

1. Une copie de l'autorisation de pratiquer (Vaud ou un autre canton);
2. En l'absence d'une autorisation de pratiquer, joindre
 - Curriculum vitae
 - Original ou copie certifiée conforme du (des) diplôme(s) ou certificat(s)
 - Pour les diplômes et certificats étrangers, l'original ou une copie certifiée conforme de la reconnaissance d'équivalence ou, si cette dernière n'a pas encore été accordée, copie de l'accusé de réception de la demande de reconnaissance
 - Extrait récent du casier judiciaire central (original)
 - Attestation d'assurance de responsabilité civile professionnelle ou
 - Déclaration de l'établissement dans lequel vous travaillez attestant que vous êtes couvert(e) par son assurance de responsabilité civile professionnelle
 - Copie d'une pièce d'identité avec photo visible
 - Adresses des différents lieux d'activité prévus dans le canton où la demande est déposée (le cas échéant)

Lieu et date :

Timbre, signature de l'employeur :