# 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 ( X ) 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