



Demande d'aide à la primo-installation d'un médecin généraliste

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

Numéro de dossier :

Date de réception :

Dossier :

☐ Complet

☐ Incomplet

Date d'attribution :

Montant attribué :

1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

État civil

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nationalité :

Coordonnées personnelles

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

Téléphone :

Courriel :

2. IDENTIFICATION PROFESSIONNELLE

Numéro RPPS :

Numéro SIRET (si connu) :

Date prévisionnelle d'installation :



Mode d'exercice :

- ☐ Exercice individuel
- ☐ Maison de santé pluriprofessionnelle
- ☐ Cabinet de groupe
- ☐ Centre de santé
- ☐ Autre (à préciser) :

.....

3. LOCALISATION DE L'ACTIVITÉ

Adresse professionnelle :

.....

.....

Code postal : Commune :

Statut d'occupation du local :

- ☐ Propriétaire
- ☐ Locataire
- ☐ Mise à disposition
- ☐ Autre

Nom du propriétaire ou bailleur :

.....

Date de prise d'effet du bail ou de l'installation :

.....

4. DESCRIPTION DU PROJET D'INSTALLATION

Présentez succinctement votre projet :

.....

.....

.....

.....

.....



Nombre prévisionnel de patients suivis

.....

Participation à un exercice coordonné :

☐ Oui

☐ Non

Si oui, précisez :

5. DÉPENSES LIÉES À L'INSTALLATION

Nature de la dépense	Montant HT (€)	Montant TTC (€)
Matériel médical		
Mobilier professionnel		
Matériel informatique		
Logiciels métier		
TOTAL		

AIDES PUBLIQUES DÉJÀ PERÇUES

Merci de préciser les aides publiques perçues au cours des trois derniers exercices fiscaux

Organisme financeur	Nature de l'aide	Montant (€)

☐ Je certifie ne pas avoir perçu d'autres aides publiques.

PIÈCES À JOINDRE

Documents obligatoires

☐ Copie de la pièce d'identité

☐ Diplôme de docteur en médecine

☐ Attestation d'inscription à l'Ordre des médecins

☐ Justificatif RPPS

☐ RIB

☐ Justificatif de domiciliation professionnelle

☐ Bail professionnel ou titre de propriété



- ☐ Business plan ou note de présentation du projet
- ☐ Devis ou factures des investissements
- ☐ Attestation fiscale et sociale
- ☐ Attestation des aides de minimis
- ☐ Engagement de maintien d'activité signé

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Certifie exacts les renseignements fournis dans le présent dossier.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement d'attribution de l'aide à la primo-installation des médecins généralistes et m'engage à en respecter l'ensemble des dispositions.

Je m'engage notamment à :

- Exercer mon activité sur le territoire défini par le règlement ;
- Maintenir mon activité pendant la durée prévue par le dispositif ;
- Informer la collectivité de toute modification de ma situation ;
- Fournir tout justificatif demandé dans le cadre du contrôle de l'aide ;

Je reconnais être informé(e) que toute fausse déclaration est susceptible d'entraîner le retrait de l'aide et son remboursement.

Fait à :

Le :

Signature précédée de la mention :

« Lu et approuvé »

Signature :

Autorisation relative aux données personnelles

☐ J'accepte que les informations recueillies dans le cadre de ma demande soient utilisées pour l'instruction, le suivi et le contrôle du dispositif d'aide conformément au RGPD.

Date :

Signature :