



ORDRE NATIONAL
DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Formulaire d'inscription au tableau de l'ordre

N° national

Photo aux
normes de la
carte nationale
d'identité
française

OBLIGATOIRE

Réservé à l'ordre

Date de 1 ^{ère} inscription à l'ordre	____ / ____ / ____	Numéro RPPS	_____
Département d'inscription	_____ chiffres	_____	_____ lettres
Date d'inscription	____ / ____ / ____	Numéro départemental	_____
Date début activité	____ / ____ / ____	À quel titre*	_____
Précédent CDO d'exercice	_____ chiffres	_____	_____ lettres
Date radiation**	____ / ____ / ____		

* Dans l'éventualité d'un changement de situation entre la date de signature du présent formulaire et la date d'inscription, à quel titre l'intéressé(e) a-t-il (elle) été inscrit(e) ?

** Préciser la date de radiation du précédent CDO d'exercice

État civil (identité)

Nom de naissance	_____ <i>En majuscule – tel que figurant sur l'acte de naissance</i>		
Nom d'époux(se)	_____ <i>Pièces officielles exigées</i>		
Nom d'exercice	_____ <i>Vous êtes autorisé à utiliser, en premier, votre nom de naissance qui sera suivi, en deuxième et séparé par un trait d'union, de votre nom d'époux(se) en majuscule</i>		
Ancien nom	_____ <i>Pièces officielles exigées</i>		
Prénoms	_____ <i>Dans l'ordre tels que figurant sur l'acte de naissance</i>		
Date de naissance	____ / ____ / ____	Sexe	☐ Masculin ☐ Féminin
Lieu de naissance	Ville _____		
	Département	_____ chiffres	_____ lettres
	Pays	_____	
Nationalité	_____		
	Si la nationalité française a été acquise	Fournir le justificatif	
	Date d'acquisition	____ / ____ / ____	
Double nationalité	☐ Oui	Laquelle _____	
	☐ Non		
Langue parlée	Français	☐ Oui ☐ Non	
	Autre(s), préciser	_____	

Avez-vous fait au cours des douze derniers mois une demande d'inscription dans un autre département ?

☐ Oui

Date de la demande ____ / ____ / ____ Annulée ☐ non ☐ oui date ____ / ____ / ____

Département _____

Décision du CDO ☐ chiffres ☐ lettres
☐ procédure en cours ☐ inscription
☐ refus d'inscription : motif _____

Date de la demande ____ / ____ / ____ Annulée ☐ non ☐ oui date ____ / ____ / ____

Département _____

Décision du CDO ☐ chiffres ☐ lettres
☐ procédure en cours ☐ inscription
☐ refus d'inscription : motif _____

☐ Non

Coordonnées privées [article L4001-2 CSP obligatoire]

À l'occasion de l'inscription au tableau de l'ordre, les **professionnels de santé déclarent auprès du conseil de l'ordre** compétent une adresse électronique et un numéro de téléphone mobile leur permettant d'être informés des messages de sécurité diffusés par les autorités sanitaires. **Cette information est régulièrement mise à jour et transmise aux autorités sanitaires à leur demande.**

Adresse postale N° _____ Voie _____

Complément adresse _____

Boite postale _____ Code postal _____

Ville _____

Cedex _____ Pays _____

Adresse électronique (obligatoire) _____

Téléphone (obligatoire) Mobile _____ Fixe _____

Coordonnées de correspondance par défaut :

- inscrit **sans exercice** ou en qualité de **praticien salarié**, toute correspondance sera transmise à l'**adresse privée**
- inscrit en qualité de **praticien libéral**, toute correspondance sera transmise à l'**adresse professionnelle**

Diplôme de chirurgien-dentiste

La production du diplôme et/ou du justificatif est obligatoire. Si celui-ci est rédigé en langue étrangère, il devra être accompagné d'une traduction établie par un traducteur assermenté auprès d'un tribunal européen.

☐ Français ☐ Européen (UE ou EEE) ☐ Suisse

☐ Autres _____

Intitulé du diplôme _____
en langue originale

Date d'obtention ____ / ____ / ____

Lieu d'obtention Université _____

Département _____
 chiffres lettres

Ville _____

Pays _____

Autorisation ministérielle délivrée par le Centre national de gestion ouvrant droit à l'exercice en France

☐ Oui ☐ Non

Date ____ / ____ / ____ Fournir l'arrêté ministériel d'autorisation d'exercice

Qualification(s) fournir les justificatifs**Orthopédie dento faciale**☐ Non☐ Oui☐ CECSMO☐ DES ODF☐ Diplôme/titre UE

Date d'obtention ____ / ____ / ____

Établissement _____

Ville _____

Code postal _____

ville en toutes lettres _____

Pays _____

☐ Qualification obtenue par voie de commission de qualification

Date décision conseil départemental ____ / ____ / ____

Date décision Conseil national ____ / ____ / ____

☐ Qualification obtenue par autorisation ministérielle d'exercice

Date arrêté ministériel ____ / ____ / ____

Médecine bucco-dentaire☐ Non☐ Oui☐ DES MBD

Date d'obtention ____ / ____ / ____

Établissement _____

Ville _____

Code postal _____

ville en toutes lettres _____

Pays _____

☐ Qualification obtenue par voie de commission de qualification

Date décision conseil départemental ____ / ____ / ____

Date décision Conseil national ____ / ____ / ____

☐ Qualification obtenue par autorisation ministérielle d'exercice

Date arrêté ministériel ____ / ____ / ____

Chirurgie orale☐ Non☐ Oui☐ DES CO

Date d'obtention ____ / ____ / ____

Établissement _____

Ville _____

Code postal _____

ville en toutes lettres _____

Pays _____

☐ Qualification obtenue par voie de commission de qualification

Date décision conseil départemental ____ / ____ / ____

Date décision Conseil national ____ / ____ / ____

☐ Qualification obtenue par autorisation ministérielle d'exercice

Date arrêté ministériel ____ / ____ / ____

Spécialité un seul choix possible même si titulaire de plusieurs qualifications

Souhaitez-vous être inscrit(e) sur la liste des spécialistes qualifiés** ?

☐ Oui

☐ ODF

☐ CO

☐ MBD

☐ Non

** Joindre obligatoirement : lettre d'engagement sur l'honneur à pratiquer un exercice exclusif, copie du diplôme

Réservé au conseil départemental de l'ordre

Report du type d'exercice (1 pour exercice principal – 2, 3, 4, ... pour exercices annexes)

Le candidat ne doit pas compléter

- | | |
|---|--|
| ☐ Propriétaire cabinet | ☐ Contrat d'exercice professionnel à frais communs (EPFC) |
| ☐ Locataire cabinet aménagé
(local ET matériel) | ☐ Associé d'une Société d'Exercice Libéral
(SELARL / SELAS / SELCA / SELAFA) |
| ☐ Collaborateur Salarié | ☐ Associé d'une Société Civile de Moyens (SCM) |
| ☐ Collaborateur Libéral | ☐ Associé d'une Société Civile Professionnelle (SCP) |
| ☐ Salarié d'un centre de santé | ☐ Associé d'une Société en participation (SEP) |
| ☐ Chirurgien-dentiste conseil | ☐ Autre association |
| ☐ Remplaçant salarié | ☐ Associé SISA |
| ☐ Remplaçant libéral | ☐ Associé groupement de coopération sanitaire (GCS) |
| ☐ Statut hospitalier et/ou Statut universitaire | ☐ Gérant |
| ☐ Convention d'exercice conjoint | ☐ Convention article R.4127-281 code de la santé publique |
| ☐ Praticien régulateur (exemple centre 15) | ☐ Bénévole |
| ☐ Retraité (cotisation minorée) | ☐ Retraité bénévole |
| ☐ Sans exercice | |

La production des contrats est obligatoire

articles du code de la santé publique



[L4113-9](#)



[R4127-248](#)



[R4127-247](#)



[R4127-279](#)

1- Exercice principal

☐ Sans exercice

☐ Libéral

☐ Salarié

☐ Hospitalier

☐ Bénévole

☐ Temps plein

☐ Temps partiel

Fonction _____
telle qu'elle figure dans le contrat communiqué

Statut _____
tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination

Date de début ____ / ____ / ____

Nom structure (cabinet ou centre de santé) _____

Adresse postale

N° _____ Voie _____

Complément adresse _____

Boite postale _____ Code postal _____

Ville _____

Cedex _____ Pays _____

Adresse électronique _____

Téléphone Fixe _____ Mobile _____

Associé, employeur, propriétaire cabinet

Nom _____

Prénom _____

N° RPPS _____

Société (SEL, SPFPL) 📁 Transmettre les statuts tous les ans au CDO (Art. 44 et 113 de l'ordonnance n°2023-77 du 8 février 2023)

Nom _____

Prénom _____

N° SIRET _____

Centre de santé / établissement / organisme

Nom _____

Prénom _____

N° FINESS ou SIRET _____

2- Exercice annexe

☐ Libéral

☐ Salarié

☐ Hospitalier

☐ Bénévole

☐ Temps plein

☐ Temps partiel

Fonction _____
telle qu'elle figure dans le contrat communiqué

Statut _____
tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination

Date de début ____ / ____ / ____

Nom structure (cabinet ou centre de santé) _____

Adresse postale

N° _____ Voie _____

Complément adresse _____

Boite postale _____ Code postal _____

Ville _____

Cedex _____ Pays _____

Adresse électronique _____

Téléphone Fixe _____ Mobile _____

Associé, employeur, propriétaire cabinet

Nom _____

Prénom _____

N° RPPS _____

Société (SCP, SEL)

Nom _____

Prénom _____

N° SIRET _____

Centre de santé / établissement / organisme

Nom _____

Prénom _____

N° FINESS ou SIRET _____

3- Exercice annexe supplémentaire

☐ Libéral

☐ Salarié

☐ Hospitalier

☐ Bénévole

☐ Temps plein

☐ Temps partiel

Fonction _____
telle qu'elle figure dans le contrat communiqué

Statut _____
tel qu'il figure dans l'arrêté de nomination

Date de début ____ / ____ / ____

Nom structure (cabinet ou centre de santé) _____

Adresse postale

N° _____ Voie _____

Complément adresse _____

Boite postale _____ Code postal _____

Ville _____

Cedex _____ Pays _____

Adresse électronique _____

Téléphone _____ Fixe _____ Mobile _____

Associé, employeur, propriétaire cabinet

Nom _____

Prénom _____

N° RPPS _____

Société (SCP, SEL)

Nom _____

Prénom _____

N° SIRET _____

Centre de santé / établissement / organisme

Nom _____

Prénom _____

N° FINESS ou SIRET _____

Cumul emploi retraite

Date retraite libérale	___ / ___ / ___	Justificatif officiel CARCD-SF obligatoire
Date retraite salariée	___ / ___ / ___	Justificatif officiel CPAM obligatoire
Date retraite hospitalière	___ / ___ / ___	Justificatif officiel CNARCL obligatoire

Fonctions hospitalières justificatif obligatoire

Nom de l'établissement _____

Adresse postale

N° _____ Voie _____

Complément adresse _____

Boîte postale _____ Code postal _____

Ville _____

Cedex _____ Pays _____

Adresse électronique _____

Téléphone Fixe _____ Mobile _____

Fonctions universitaires justificatif obligatoire

Nom de l'établissement _____

Adresse postale

N° _____ Voie _____

Complément adresse _____

Boîte postale _____ Code postal _____

Ville _____

Cedex _____ Pays _____

Adresse électronique _____

Téléphone Fixe _____ Mobile _____

Inscription / Radiation : Union Européenne autre que la France

☐ **Inscription**  fournir le justificatif (+ traduction assermentée) d'inscription du pays UE

☐ **Radiation**  fournir le justificatif (+ traduction assermentée) de radiation du pays UE concerné

1- Pays _____

Date d'inscription _____ / _____ / _____

Date de radiation _____ / _____ / _____

Nom de la structure d'exercice _____

Adresse postale de la structure d'exercice

N° _____

Rue _____

Ville _____

Pays _____

☐ **Inscription**  fournir le justificatif (+ traduction assermentée) d'inscription du pays UE

☐ **Radiation**  fournir le justificatif (+ traduction assermentée) de radiation du pays UE concerné

2- Pays _____

Date d'inscription _____ / _____ / _____

Date de radiation _____ / _____ / _____

Nom de la structure d'exercice _____

Adresse postale de la structure d'exercice

N° _____

Rue _____

Ville _____

Pays _____

☐ **Inscription**  fournir le justificatif (+ traduction assermentée) d'inscription du pays UE

☐ **Radiation**  fournir le justificatif (+ traduction assermentée) de radiation du pays UE concerné

3- Pays _____

Date d'inscription _____ / _____ / _____

Date de radiation _____ / _____ / _____

Adresse postale de la structure d'exercice

N° _____

Rue _____

Ville _____

Pays _____

Inscription / Radiation : Hors Union Européenne

L'article 38 de la loi n° 2025-391 du 30 avril 2025 prévoit que le dernier alinéa de l'article [L4112-1](#) du code de la santé publique est retiré. Ainsi, l'inscription en France et hors union européenne est désormais autorisée.

☐ **Inscription**  fournir le justificatif (+ traduction assermentée) d'inscription du pays hors UE concerné

☐ **Radiation**  fournir le justificatif (+ traduction assermentée) de radiation du pays hors UE concerné

1- Pays

Date d'inscription ____ / ____ / ____

Date de radiation ____ / ____ / ____

Nom de la structure d'exercice _____

Adresse postale de la structure d'exercice

N° _____

Rue _____

Ville _____

Pays _____

☐ **Inscription**  fournir le justificatif (+ traduction assermentée) d'inscription du pays hors UE concerné

☐ **Radiation**  fournir le justificatif (+ traduction assermentée) de radiation du pays hors UE concerné

2- Pays

Date d'inscription ____ / ____ / ____

Date de radiation ____ / ____ / ____

Nom de la structure d'exercice _____

Adresse postale de la structure d'exercice

N° _____

Rue _____

Ville _____

Pays _____

☐ **Inscription**  fournir le justificatif (+ traduction assermentée) d'inscription du pays hors UE concerné

☐ **Radiation**  fournir le justificatif (+ traduction assermentée) de radiation du pays hors UE concerné

3- Pays

Date d'inscription ____ / ____ / ____

Date de radiation ____ / ____ / ____

Adresse postale de la structure d'exercice

N° _____

Rue _____

Ville _____

Pays _____

Avez-vous fait l'objet de sanctions disciplinaires prononcées par un ordre ou par un organisme assimilé faisant fonction d'ordre (ultra-marins) ?

☐ Oui

Date ____ / ____ / ____

Sanction _____

Date ____ / ____ / ____

Sanction _____

Date ____ / ____ / ____

Sanction _____

☐ Non

Avez-vous fait l'objet de condamnations pénales ou civiles prononcées par une juridiction de droit commun en France ou à l'étranger ?

☐ Oui

Date ____ / ____ / ____

Sanction _____

Date ____ / ____ / ____

Sanction _____

Date ____ / ____ / ____

Sanction _____

☐ Non

Sanctions amnistiées

☐ Oui

Date ____ / ____ / ____

Sanction _____

Date ____ / ____ / ____

Sanction _____

Date ____ / ____ / ____

Sanction _____

☐ Non

Sanctions effacées

☐ Oui

Date ____ / ____ / ____

Sanction _____

Date ____ / ____ / ____

Sanction _____

Date ____ / ____ / ____

Sanction _____

☐ Non

Faites-vous l'objet d'une procédure collective ? (liquidation judiciaire,...)

☐ Oui

Date d'ouverture ____ / ____ / ____

☐ Non

Faites-vous l'objet de procédure(s) en cours ?

☐ Oui

Date ____ / ____ / ____

Préciser _____

Date ____ / ____ / ____

Préciser _____

Date ____ / ____ / ____

Préciser _____

☐ Non

Reproduire ci-dessous à la main la phrase suivante

«J'affirme sur l'honneur avoir pris connaissance du **code de déontologie** des chirurgiens-dentistes, des **recommandations ordinales en matière de communication professionnelle** des chirurgiens-dentistes portant notamment sur les plaques, les ordonnances, les sites internet, les réseaux sociaux..., du **guide du numérique en santé** à l'attention des chirurgiens-dentistes.»



[Code de déontologie](#)



[Communication professionnelle](#)



[Guide du numérique en santé](#)

☐ J'atteste sur l'honneur que les déclarations de ce document sont conformes à la vérité.

Je demande mon inscription au Tableau du conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes d

_____ Nom du département _____ numéro du département

- ☐ Je m'engage à respecter le [serment d'Hippocrate](#).
- ☐ Je m'engage à informer le conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes de toute modification intervenant dans mes situations professionnelles et privées, en y joignant le cas échéant tout justificatif nécessaire.
- ☐ Je m'engage à répondre à toute demande de renseignements concernant mon exercice professionnel et à me rendre à toute convocation du ou des conseils de l'Ordre.
- ☐ Je m'engage à respecter les dispositions du code de la santé publique relatives à l'élimination des déchets 🖱️ fournir justificatif.
- ☐ Je m'engage sur l'honneur à souscrire une assurance garantissant ma responsabilité civile professionnelle et à veiller à son bon renouvellement annuel 🖱️ fournir justificatif.
- ☐ Je m'engage à être à jour de ma formation AFGSU2 ou équivalente (validité 4 ans 🖱️ fournir justificatif) et de ma formation radioprotection (validité 10 ans 🖱️ fournir justificatif).
- ☐ Je m'engage à fournir mes modèles de plaque et d'imprimé professionnel à mon conseil départemental d'inscription pour validation.
- ☐ Dans le cadre d'une pratique de soins utilisant le MÉOPA, j'atteste être titulaire de l'attestation délivrée par le CNO (conditions de formation requises) le ____ / ____ / ____ ou d'en faire la demande immédiatement et concomitamment à cette demande d'inscription.

Important

1. Toute fausse déclaration est passible de sanctions disciplinaires et/ou pénales (article L.4163-8 du code de la santé publique, article 441-6 du code pénal). Elle pourra également amener le conseil départemental de l'ordre à refuser votre inscription pour défaut de moralité (Conseil d'État 350438 du 28 décembre 2012).
2. Tout praticien en exercice libéral doit demander personnellement son inscription réglementaire auprès de la Caisse Autonome de Retraite 50, avenue Hoche Paris 8°, dans le mois qui suit le début d'exercice.
3. Les informations recueillies dans le présent formulaire font l'objet d'un traitement automatisé. Ces informations sont destinées au Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes auprès duquel vous souhaitez vous inscrire et au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

Conformément aux articles D.4113-117 et suivants du code de la santé publique le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes est tenu de transmettre à l'ANS les éléments issus de l'inscription au tableau pour la mise à jour du RPPS. Ces informations sont destinées notamment au Ministère chargé de la santé, aux Agences régionales de santé, aux Caisses primaires d'assurance maladie et à l'Agence des systèmes d'information partagés de santé dans un but de simplification des démarches administratives. Elles contribuent également à l'établissement de statistiques démographiques et à la délivrance des cartes de professionnel de santé (CPS).

Elles sont nécessaires à l'instruction de votre demande d'inscription à l'Ordre, conformément aux articles L.4113-1 et suivants du code de la santé publique. Ces informations serviront également à l'Ordre pour vous envoyer ses bulletins et autres informations professionnelles. Enfin, l'Ordre peut être amené à donner les coordonnées des chirurgiens-dentistes à certaines institutions (Ministère chargé de la santé, AFSSAPS, etc.) dans un intérêt de santé publique (messages d'alerte, réserve sanitaire, ...).

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez, auprès du conseil départemental de l'ordre qui a recueilli votre demande d'inscription, d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'un droit de rectification des informations vous concernant.

En outre, vous pouvez vous opposer à ce que les informations vous concernant fassent l'objet d'un traitement destiné à vous adresser des informations à caractère professionnel ou soient transmises à des tiers quels qu'ils soient, à l'exception des traitements rendus obligatoires par la loi, et notamment la transmission des informations à l'ANS pour la gestion du RPPS. Il vous appartient alors de signaler par écrit cette opposition au conseil départemental au tableau duquel vous êtes inscrit.

Pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données à l'adresse suivante : dpo@oncd.org.

L'original de ce formulaire est conservé au conseil départemental de l'ordre. Une copie est :

- ☐ remise au praticien
- ☐ adressée au Conseil national de l'ordre

Date _____ / _____ / _____

Lieu _____

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Toutes les pages de ce formulaire d'inscription doivent être paraphées

Site internet / réseaux sociaux / annonces**Communication professionnelle des chirurgiens-dentistes**

Recommandations et explications du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes 📄 fondement juridique : décret n°2020-1658 du 22/12/2020 portant modification du code de déontologie des chirurgiens-dentistes (publié au JO le 24/12/2020)

Article [R4127-219](#) du code de la santé publique :

Lors de son installation ou d'une modification de son exercice, le chirurgien-dentiste peut publier sur tout support des annonces en tenant compte des recommandations émises par le conseil national de l'ordre.

Plaque professionnelle**Article [R4127-218](#) du code de la santé publique**

Le chirurgien-dentiste peut faire figurer sur une plaque à son lieu d'exercice ses nom, prénoms, numéro de téléphone, jours et heures de consultation, sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance-maladie et la spécialité au titre de laquelle il est inscrit au tableau ou la qualification qui lui a été reconnue conformément au règlement de qualification.

Il peut également mentionner ses titres, diplômes et fonctions reconnus par le conseil national de l'ordre.

Une plaque peut être apposée à l'entrée de l'immeuble et une autre à la porte du cabinet. Lorsque la disposition des lieux l'impose, une signalisation intermédiaire peut être prévue.

Ces indications doivent être présentées avec discrétion. Le chirurgien-dentiste tient compte des recommandations émises par le conseil national de l'ordre relatives aux plaques professionnelles et à tout autre élément de signalétique des cabinets.

Autres dispositions en ce qui concerne les plaques

En cas de transfert de son cabinet dentaire, un chirurgien-dentiste est autorisé à conserver sa plaque à son ancienne adresse professionnelle en y mentionnant son nouveau lieu d'exercice et ce durant un an. En cas de cession du cabinet, le praticien cédant doit retirer sa plaque dès la cession. L'acquéreur a la possibilité d'apposer, sous sa propre plaque, une plaquette (de la largeur de sa plaque) dont la hauteur ne peut excéder 7 cm portant la mention "successeur de M...".

Cette mention de "successeur" ne peut apparaître que pendant un délai qui ne peut excéder un an.

Le chirurgien-dentiste peut solliciter préalablement l'avis de son conseil départemental lorsque la signalisation intermédiaire semble nécessaire pour une bonne information et l'orientation des patients, en fonction du contexte local et environnemental.

Pour une bonne information des patients, il est conseillé aux praticiens exerçant dans le cadre d'une société civile professionnelle ou société d'exercice libéral d'apposer une plaque réglementaire par praticien exerçant dans cette société.

Les praticiens bénéficiaires d'un contrat de gérance ou d'une convention en application de l'article R. 4127-281 du code de la santé publique, ne sont pas autorisés à apposer leur propre plaque ; seule la plaque du titulaire du cabinet ou celle du praticien décédé subsiste.

Par ailleurs, les jeunes confrères ayant obtenu le titre réglementaire sont autorisés à faire état du titre d'Ancien interne en odontologie, et ce tant sur leur plaque que sur leurs imprimés professionnels.

L'étudiant n'a pas le droit d'apposer sa plaque sur son lieu d'exercice puisque non inscrit au tableau.

Modèle de plaque pour exemple**Dimensions d'usage : 30 cm x 20 cm**

Docteur X

Chirurgien-dentiste

Diplômé(e) de l'université de (ville) _____, (pays) _____

Spécialiste qualifié(e) en _____

(chirurgie orale / médecine bucco-dentaire / orthopédie dento-faciale)

Conventionné(e) **ou** Non conventionné(e)

Téléphone _____

Jours et heures d'ouverture _____

Imprimés professionnels

Tout document à en-tête du praticien et destiné à des tiers : ordonnance, devis, note d'honoraires, carte de visite, carte de rendez-vous, courrier professionnel, tampon professionnel.

Article [R4127-216](#) du code de la santé publique :

Le chirurgien-dentiste mentionne sur ses feuilles d'ordonnance et sur ses autres documents professionnels :

- 1° Ses nom, prénoms, adresse professionnelle postale et électronique, numéro de téléphone et numéro d'identification au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé ;
- 2° Sa situation vis-à-vis des organismes d'assurance maladie ;
- 3° La spécialité au titre de laquelle est inscrit au tableau ou la qualification qui lui a été reconnue conformément au règlement de qualification ;
- 4° Son adhésion à une association agréée prévue à l'article 371M du code général des impôts.

Il peut également mentionner ses titres, diplômes et fonctions lorsqu'ils sont reconnus par le conseil national de l'ordre, ses distinctions honorifiques reconnues par la République française, ainsi que toute autre indication en tenant compte des recommandations émises en la matière par le conseil national.

Article [R4127-220](#) du code de la santé publique

Sont interdits l'usurpation de titres, l'usage de titres non autorisés par le conseil national ainsi que tous les procédés destinés à tromper le public sur la valeur de ces titres.

Un chirurgien-dentiste ne peut mentionner ses diplômes, titres et fonctions sur ses documents professionnels, sa plaque ou ses annuaires que s'ils ont été reconnus par l'Ordre.

Le Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes est l'organisme en charge de la reconnaissance des diplômes, titres et fonctions des chirurgiens-dentistes. Cette mission de santé publique, encadrée par le code de la santé publique [articles R.4127-216, R.4127-217 et R.4127-218], vise à garantir la qualité de l'information diffusée aux patients et à protéger leur santé.

Listes des diplômes, titres et fonctions reconnus :

[Diplômes Nationaux](#)

[Titres hospitalo-universitaires – titres hospitaliers – titres universitaires](#)

[Titres divers](#)

Modèles d'imprimés professionnels pour exemple

1- Salarié

Pas d'imprimé personnel

Apposition du tampon professionnel sur l'imprimé professionnel du titulaire, de la SEL ou du centre de santé

2- Propriétaire / Collaborateur libéral / associé SCM / associé SISA

Docteur X

Chirurgien-dentiste

Diplômé(e) de l'université de (ville) _____, (pays) _____

Spécialiste qualifié en (chirurgie orale / médecine bucco-dentaire / orthopédie dento-faciale) _____

N° RPPS _____

Adresses postale et électronique _____

Numéro de téléphone _____

Conventionné ou non conventionné _____

3- SCP / SEL (SELCA ou SELAFA ou SELARL ou SELAS)

SCP (dénomination sociale)

SCP de chirurgiens-dentistes

ou

SEL (SELARL ou SELAS ou SELCA ou SELAFA) (dénomination sociale)

SEL (SELARL ou SELAS ou SELCA ou SELAFA) de chirurgiens-dentistes

+

Docteur X

Chirurgien-dentiste

Diplômé(e) de l'université de (ville) _____, (pays) _____

Spécialiste qualifié en (chirurgie orale / médecine bucco-dentaire / orthopédie dento-faciale) _____

N° RPPS _____

Adresses postale et électronique _____

Numéro de téléphone _____

Conventionné ou non conventionné _____