



*Note d'information*

A l'attention des médecins, médecins-dentistes ou  
médecins-vétérinaires légalement établis dans un  
autre pays membre de l'Union européenne

**Concerne: Renouvellement de la déclaration de prestation de service pour  
fournir des services d'une manière temporaire ou occasionnelle au Grand-  
Duché de Luxembourg**

Madame, Monsieur,

Pour bénéficier de ce **renouvellement** de l'autorisation à accéder à l'activité de services ou à exercer cette activité sur l'ensemble du territoire du Grand-Duché de Luxembourg, vous devez adresser une demande accompagnée des pièces suivantes au Ministère de la Santé :

- **Formulaire annexé** (veuillez remplir uniquement la première page et le point 7 « prestations de services » par les **dates exactes et précises** auxquelles vous avez presté des services sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg),
- un **certificat d'honorabilité** et de moralité professionnelle délivré par l'Ordre des médecins/chirurgiens-dentistes/vétérinaires.

Le certificat précité doit être fourni en **original** et ne peut **pas avoir plus de 3 mois de date**.

Base légale :

*Règlement grand-ducal modifié du 14 janvier 2013 fixant les conditions et les modalités de la prestation de services « du médecin, du médecin-dentiste, du médecin-vétérinaire et du pharmacien, ainsi que des professionnels de santé ».*

Le texte coordonné figure au Code de la Santé :

<http://data.legilux.public.lu/file/eli-etat-leg-code-sante-20180213-fr-pdf.pdf>

**Attention :**

Cette autorisation peut être accordée pour la durée d'une année, renouvelable.

**Veillez introduire votre dossier en temps utile, afin de garantir un déroulement en votre faveur. Temps à prévoir : le dossier doit être complet au moins un mois avant le début d'activité prévue.**



## DÉCLARATION DE PRESTATION DE SERVICES

MÉDECIN-GÉNÉRALISTE, MÉDECIN-SPÉCIALISTE,  
MÉDECIN-DENTISTE, MÉDECIN-DENTISTE SPÉCIALISTE,  
MÉDECIN-VÉTÉRINAIRE

### IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_

Adresse domicile : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Tél. privé : \_\_\_\_\_ Fax privé : \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Date d'établissement : \_\_\_\_\_

Tél. professionnel : \_\_\_\_\_ Fax professionnel : \_\_\_\_\_

GSM : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Adresse pour courrier :  domicile  professionnelle

### OBJET

Déclaration de prestation de services

### PROFESSION

Médecin-généraliste

Médecin-spécialiste

Médecin-dentiste

Médecin-dentiste spécialiste

Médecin-vétérinaire

## 7 - PRESTATIONS DE SERVICES

1<sup>ère</sup> Déclaration       Renouvellement

En cas de renouvellement, indiquez les périodes pendant lesquelles vous avez presté des services:

Du / /  au / /

Du / /  au / /

Du / /  au / /

Du / /  au / /

Du / /  au / /

Continuité des soins assurés par (\* seulement remplir en cas d'impossibilité d'assurer personnellement la continuité des soins) :

- Nom et adresse du ou des médecins :

---

---

---

---

- Nom de l'établissement hospitalier chargé d'assurer cette continuité :

---

---

---

---

Indiquez les périodes pendant lesquelles vous allez prester des services (\* uniquement remplir si ressortissant non-UE):

Du / /  au / /

Du / /  au / /

Du / /  au / /

Indiquez la nature des prestations (\* uniquement remplir si ressortissant non-UE):

consultation  visite  intervention chirurgicale

autre:

---

---

---

---

Indiquez le(s) lieu(x) des prestations (\* uniquement remplir si ressortissant non-UE):

---

---

---

---

Prestation demandée par (\* uniquement remplir si ressortissant non-UE):

le malade *N.B. Le nom du malade ne doit pas être indiqué afin de respecter le secret médical*

le médecin traitant

Commentaires éventuels:

---

---

---

---

## 8 - AUTRES OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

Par la présente j'affirme sur l'honneur que les informations fournies sont sincères, véritables et complètes.

\_\_\_\_\_  
(Lieu)

le \_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Signature)