

Association

© Média-Santé - Reproduction interdite

Cher Docteur,

Vous souhaitez trouver un associé. Cette opération délicate doit concilier deux impératifs :

- faire connaître votre projet au plus grand nombre de candidats sérieux,
- transmettre aux candidats potentiels toutes les caractéristiques de votre proposition en *un minimum de contacts et de temps*.

Média-Santé est en contact permanent, depuis plus de quinze ans, avec les médecins - jeunes et moins jeunes -, en recherche d'une association. Le savoir-faire de Média-Santé vous aidera dans votre projet.

Nos supports de diffusion

- "L'Officiel de l'Installation", bimensuel réservé aux offres d'association et d'installation et diffusé exclusivement aux candidats en recherche d'association ou d'installation.
- www.media-sante.com, site internet de Média-Santé accessible librement et en permanence.

Comment procéder ?

Vous souhaitez diffuser votre annonce par notre intermédiaire ? Il vous suffit de nous indiquer, **sans aucun engagement de votre part ni exclusivité**, tous les éléments de votre projet par l'intermédiaire du questionnaire ci-joint. Remplissez ce questionnaire avec soin : la qualité et la rapidité de transmission de votre offre aux candidats en dépendent.

Nos démarches

- Dès réception de votre dossier, j'établis, d'après les informations transmises, un projet d'annonce à diffuser que je vous sou mets (exemple ci-joint). Si ce projet vous agrée et que vous souhaitez le diffuser par notre intermédiaire, il vous suffit de m'en informer en m'indiquant pour quelle durée de diffusion vous optez (voir tableau plus loin).

.../...

• Dès réception de votre demande de diffusion, votre annonce est insérée immédiatement sous la rubrique Association du www.media-sante.com, et dans l'édition suivante de L'Officiel de l'Installation.

• Je procède également, dans notre fichier, à une sélection spécifique de candidats potentiels auxquels votre proposition est adressée en priorité.

• Lorsqu'un candidat s'intéresse à votre proposition, l'annonce détaillée et vos coordonnées lui sont transmises (sauf demande spécifique de confidentialité de votre part, voir point suivant). Vous recevez à ce moment-là les coordonnées du candidat intéressé.

• Vous souhaitez maintenir une certaine confidentialité dans la diffusion de votre annonce. Nous vous proposons d'indiquer exclusivement un numéro de téléphone en liste rouge ou un numéro de portable.

Les formules de diffusion (tarifs T.T.C.) : ces frais sont déductibles de vos revenus professionnels.*

Durée de diffusion	3 mois	6 mois	12 mois	Permanente
Frais de diffusion	280 €	420 €	740 €	980 €
Vous êtes adhérent à notre Service "Remplacement en Urgence" ou à notre "Contrat Relais", vous bénéficiez des tarifs suivants :				
Frais de diffusion	250 €	380 €	670 €	860 €

* Possibilité de régler en 3 fois sans frais

N.B. : Vous souhaitez, à l'échéance de votre demande de diffusion, renouveler cette diffusion. Vous bénéficiez alors d'une remise de 25 % sur les tarifs indiqués ci-dessus.

Pour toute information complémentaire, n'hésitez pas à me contacter au **04 50 71 00 36**.

Vous remerciant de la confiance que vous nous accordez, je vous assure, Cher Docteur, de mes salutations les plus respectueuses et dévouées.



Antonietta CHAPUIS,
Responsable du Service Cessions/Associations.

P.J. : questionnaire
exemplaires éditions

Notre service Conseil est à votre disposition pour tout conseil juridique, fiscal et social, ainsi que pour l'établissement de tout acte nécessaire à la réalisation de votre projet. Dans le cadre d'une cession de cabinet, il peut par exemple établir pour vous un compromis de cession fiable, l'acte définitif qui en est la suite, ainsi que vous décharger des formalités d'enregistrement. S'appuyant sur des experts spécialisés dans les professions médicales, il vous offre les meilleures conditions de sécurité, de rapidité et de coût.

Association

© Média-Santé - Reproduction interdite

- **Confidentialité :** Toutes les informations recueillies par ce questionnaire pour la bonne gestion du dossier resteront à usage strictement interne à Média-Santé. Elles ne pourront être communiquées aux candidats qu'avec votre accord préalable.
- Merci de compléter ce questionnaire très lisiblement.
- Certaines questions, d'ordre général, ne sont sans doute pas adaptées à votre cas particulier. Merci de ne pas en tenir compte.
- En cas de difficultés ou d'hésitations sur certaines questions, n'hésitez pas à contacter :

*Média-Santé - Service Cessions/Associations
13 place des Arts - 74200 Thonon-les-Bains
Tél. 04 50 71 00 36 – Fax 04 50 81 90 81
achapuis@media-sante.com*

Vous exercez en

Secteur I Secteur II Secteur III

Médecine générale Spécialité _____

avec les orientations ou exercices particuliers suivants

% de votre activité globale

Adresse de votre cabinet médical

Adresse de votre lieu de résidence

Tél professionnel :

Fax (*) :

Tél personnel :

Fax (*) :

(*) merci de nous indiquer si, pour des raisons de confidentialité, nous devons vous avertir par téléphone avant de vous adresser un fax.

Votre mode d'exercice

Vous exercez seul

Vous exercez avec les confrères ou paramédicaux suivants, en partageant **seulement** des locaux communs **sans** contrat associatif : _____

Vous exercez dans le cadre d'une **réelle association**,

● merci de compléter ce tableau :

Nom des associés ou membres de la société	Qualité (MG, spé., paraméd., etc...)	Age
_____	_____	_ _
_____	_____	_ _
_____	_____	_ _
_____	_____	_ _
_____	_____	_ _

● Quel est le cadre juridique et fiscal de votre association ?

Contrat d'association sans mise en commun des honoraires

Contrat d'association avec partage des honoraires

Société de fait

société civile professionnelle

société civile de moyens

société d'exercice libéral

Autre cadre : _____

Historique

Votre année de naissance

|_|_|_|_|

Depuis quand exercez-vous dans votre cabinet médical ?

|_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Vous avez racheté crée votre clientèle

Quelles raisons vous ont amené à vous installer à cet endroit ? _____

Durant ces cinq dernières années

vous avez toujours exercé selon votre mode actuel (seul, association,...)

Votre situation a changé : _____

Votre environnement confraternel/concurrentiel dans votre spécialité

- Votre secteur géographique d'activité professionnelle

Etendue géographique (arrondissements, communes, secteur rural très large, étroit, etc.) : _____

Nombre d'habitant sur votre secteur d'activité | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

- Confrères/concurrents de même spécialité sur votre secteur d'activité

Nombre total de confrères | _ | _ | _ |

Nombre de cabinets de groupe | _ | _ | _ |

Nombre de confrères exerçants seuls | _ | _ | _ |

Les perspectives : proches de la retraite nbre | _ | _ |

jeunes nbre | _ | _ |

Autres : _____ nbre | _ | _ |

Vos confrères de spécialité différente

Spécialité	Sur le secteur	Distant de	Spécialité	Sur le secteur	Distant de
_____	<input type="checkbox"/>	_ _ km	_____	<input type="checkbox"/>	_ _ km
_____	<input type="checkbox"/>	_ _ km	_____	<input type="checkbox"/>	_ _ km
_____	<input type="checkbox"/>	_ _ km	_____	<input type="checkbox"/>	_ _ km
_____	<input type="checkbox"/>	_ _ km	_____	<input type="checkbox"/>	_ _ km
_____	<input type="checkbox"/>	_ _ km	_____	<input type="checkbox"/>	_ _ km

Les structures médicales

Hôpitaux nbre | _ | _ |

Cliniques nbre | _ | _ |

Maisons de retraite nbre | _ | _ |

Maisons de cure nbre | _ | _ |

Maisons de convalescence nbre | _ | _ |

Autres : _____

Vous avez une activité A l'hôpital local
 Dans une maison de retraite
 Autre : _____

Pour cette activité, vous bénéficiez d'un contrat d'exercice exclusif
 d'exercice préférentiel

Ce contrat est-il cessible ?

Oui Non

Sinon, pourrez-vous favoriser la reconduction de ce contrat au bénéfice de votre associé ?

Oui Non

L'environnement paramédical

Effectifs totaux sur votre secteur d'activité

Infirmiers | _ | _ | Kinés | _ | _ | Dentistes | _ | _ | Pédicures | _ | _ | Orthoph. | _ | _ | _____ | _ | _ |

Les pharmacies

Nombre sur place | _ | _ |

La plus proche est à | _ | _ | km

Nombre sur le secteur | _ | _ |

La plus proche est à | _ | _ | km

Votre organisation et le personnel du cabinet médical

- Comment organisez-vous votre secrétariat ? Seul Télésecrétariat
 Secrétaire(s) Autres : _____

Quel sera le sort du ou des contrats de travail actuels lors de la succession (licenciement, reconduction, etc.) ? : _____

Les particularités de votre activité professionnelle ?

(exercice exclusif en consultations, pharmacie, activité saisonnière exclusivement, semaine de travail de 4 jours en alternance, astreintes, gardes, jours de fermeture, etc.) ? : _____

Les caractéristiques spécifiques de votre clientèle ?

(cadres, ouvriers, jeunes, personnes âgées, profil particulier, etc.) ? : _____

Votre local professionnel

1. Descriptif sommaire : (nombre de pièces, disposition, surface, situation par rapport au voisinage, etc. — si vous le souhaitez, joignez un plan sommaire si vous pensez qu'il apportera un plus à votre dossier) : _____

2. Votre local professionnel est indépendant de votre maison d'habitation

Comment l'exercice associatif sera-t-il organisé dans votre local ? _____

- Vous en êtes propriétaire à titre personnel
 par le biais d'une SCI ou d'une SCM, ou d'un autre cadre juridique

Vous en êtes locataire et le local appartient à :

- une personne sans relation avec vous - montant du loyer mensuel | _ | _ | _ | _ | € hors charge
 charges comprises
- le bail est-il cessible ? oui
 non

une SCI, une SCM ou un autre cadre, dont vous êtes partie prenante (précisez) : _____

Voulez-vous céder une partie de vos parts ?

Non

Oui en même temps que la clientèle. Pour un montant approximatif de |_|_|_|_|_|_|_|_| €

dans un délai de |_|_| mois ou |_|_| année(s).

Pour un montant approximatif de |_|_|_|_|_|_|_|_| €

une SCI, une SCM ou un autre cadre, dont vous n'êtes pas partie prenante (précisez) : _____

Votre associé pourra-t-il acquérir des parts ?

Non

Oui en même temps que la clientèle. Pour un montant approximatif de |_|_|_|_|_|_|_|_| €

dans un délai de |_|_| mois ou |_|_| année(s).

Pour un montant approximatif de |_|_|_|_|_|_|_|_|

3. Votre local professionnel est intégré à votre maison d'habitation (maison ou appartement à usage mixte)

Comment l'exercice associatif sera-t-il organisé dans votre local ? _____

Le profil de l'associé

Homme

Femme

Sans préférence

● Son activité

Médecine générale

Spécialité _____

Orientations ou exercices particuliers suivants _____

Le profil-type de l'associé que vous recherchez : _____

● La situation immobilière locale permettra-t-elle à l'associé de se loger facilement ?

Oui Non

Pour les raisons suivantes : _____

Quels sont les éléments spécifiques de votre offre que ce questionnaire n'a pas pris en compte ?

Quels sont les atouts décisifs de votre offre que nous pouvons mettre en avant pour la communiquer aux candidats ? : _____

Quels sont les éléments négatifs ou les points faibles de votre offre ? : _____

L'organisation de l'association

● Envisagez-vous un ou des remplacements préalables par votre associé ?

Non

Oui, sous la forme suivante : _____

L'indemnité d'intégration

1. Le montant

● Quel est le montant de l'indemnité que vous attendez de votre associé ? | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | €

● Avez-vous prévu des modalités particulières de paiement ?

Non

Oui, précisez lesquelles :

Acompte de | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | €

Facilités de paiement (précisez) : _____

Crédit-vendeur (précisez) : _____

Autres (précisez) : _____

2. Quelles contreparties envisagez-vous ?

● Une présentation à la clientèle en tant qu'associé est-elle prévue ?

Non

Oui, sous la forme suivante :

Courrier d'information adressé à chacun des patients, à mes frais, annonçant l'arrivée de mon associé,

Courrier d'information à destination de tous mes correspondants professionnels,

Autres (précisez) : _____

● L'arrivant sera-t-il votre "remplaçant exclusif" pendant vos vacances et absences ?

Non

Oui

● Vous engagerez-vous à diminuer votre temps de travail : gardes, horaires de consultations, astreintes de nuit, etc... ?

Non

Oui, sous la forme suivante : _____

● Vous engagerez-vous sur un certain montant de chiffre d'affaires réalisé par l'arrivant ?

Non

Oui, pour le montant suivant : | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Si les objectifs ne sont pas atteints, reverserez-vous des honoraires à l'arrivant pour combler le manque à gagner ?

Non

Oui, précisez : _____

● L'arrivant aura-t-il accès à votre fichier et vos dossiers médicaux ?

Non

Oui

● Mettrez-vous à la disposition de l'arrivant votre matériel et vos installations ? (sur ce chapitre, nous consulter par téléphone, du fait des incidences fiscales d'une telle pratique)

Non

Oui, précisez : _____

● La participation aux charges communes sera-t-elle réduite pour l'arrivant en fonction des chiffres d'affaires respectifs ?

Non

Oui, précisez : _____

● Les nouveaux patients seront-ils attribués prioritairement à l'arrivant, tout en respectant le libre choix du médecin par le patient ?

Non

Oui, précisez : _____

● Autres contreparties envisagées : _____

3. Durée de la période d'intégration

● En général, les contreparties accordées à l'arrivant le sont pour une période précise : 6 mois, 12 mois, 18 mois, etc...
Qu'avez-vous prévu ? _____

4. Période d'essai

● Une période d'essai est-elle prévue durant la période d'intégration ?

Non

Oui, pour la durée suivante : _____

5. Modalités de versement de l'indemnité

L'indemnité sera versée :

En plusieurs parties

En partie à l'arrivée pour un montant de |_|_|_|_|_|_|_|_| €

En partie à l'issue de la période d'essai pour un montant de |_|_|_|_|_|_|_|_| €

Le solde à une date donnée (par exemple à l'issue de la période d'intégration), précisez : _____

En totalité

A l'arrivée

A l'issue de la période d'essai

Autres modalités retenues : _____

Questions facultatives

● Depuis quand cherchez-vous un associé ?

|_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

● Quelles démarches avez-vous déjà réalisées ?

Petites annonces

Affiches Ordres des médecins

Visiteurs médicaux

Autres : _____

● Quels écueils ou difficultés avez-vous rencontrés ? _____

● Votre clientèle et votre entourage professionnel (confrères, correspondants) savent-ils que vous cherchez un associé ?

Non

Oui

Déclaration sur l'honneur

Je soussigné(e)

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : | _ | _ | _ | _ | _ |

déclare sur l'honneur, en ma qualité de cédant, que tous les renseignements que j'ai fait figurer sur le présent questionnaire sont exacts.

Fait à : _____

le | _ | _ | | _ | _ | | _ | _ | _ | _ |

Signature précédée de la mention "*certifié sincère et véritable*".

Pièces à joindre éventuellement à votre questionnaire

● Etat comptable récapitulatif :

	2008	2009	2010	Remarques
Vos recettes libérales brutes	_____	_____	_____	_____
Rétrocessions d'honoraires	_____	_____	_____	_____

● Eléments comptables

- Adressez-nous une copie de vos trois dernières déclarations fiscales professionnelles n° 2035.
- Si vous souhaitez que nous les demandions directement à votre comptable, merci de nous indiquer ses coordonnées : _____

- Si vous exercez dans le cadre d'une SCM : la copie des trois dernières déclarations n° 2036

- Avez-vous des leasings en cours ?

Non

Oui, sur les matériels suivants : _____

- Les trois derniers relevés annuels d'activité de la Sécurité Sociale (pages indiquant les montants des honoraires et des frais de déplacement, et les nombres de consultations et de visites).

● Eléments sociaux ou juridiques

- Copie du bail professionnel
- Copie des contrats de travail ou trois derniers bulletins de salaires du personnel du cabinet médical
- Copie du contrat d'exercice en commun
- Copie des statuts de SCM, SCP ou SEL avec ou sans règlement intérieur
- Copie des contrats d'exercice préférentiel ou exclusif dans les établissements de soins

● Autres documents
