N° DOSSIER :

.....

DÉCLARATION D'AFFILIATION

Nom d'usage - Prénom : ..... Nom de famille : .....
(nom marital) (nom de naissance)

Date de naissance : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Numéro de sécurité sociale : ☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐

Adresse du cabinet : .....

.....

Adresse du domicile : .....

.....

Tél :../..../..../..../..../..../..../..../..../.../ Mail : .....

Profession paramédicale exercée en libéral : .....

- Date de dispense du premier acte à titre libéral : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

- Mode d'exercice de l'activité paramédicale :

◯ Remplaçant
(télécharger l'attestation de remplacement sur www.carpimko.com, rubrique "Formulaires" et nous la retourner complétée, datée et signée).

◯ Société d'exercice libéral
(Selarl, Selas... joindre les statuts)

◯ Collaborateur, Assistant, SCP...

Numéro d'enregistrement ADELI ou N° R.P.P.S.
(joindre l'attestation de l'ordre professionnel)

- Exercice sous convention : Oui ◯ Non ◯
(Pour les remplaçants, il s'agit de la situation conventionnelle du professionnel remplacé)

- Autre profession commerciale, agricole, artisanale ou libérale : .....

- Date de début ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

- Adresse de la C.P.A.M. de rattachement au titre du régime des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés : .....
.....

- Exercice simultané d'une autre activité dans un état membre de l'Union Européenne : Oui ◯ Non ◯
(joindre formulaire A1)

- Bénéficiaire d'une retraite : Oui ◯ Non ◯ Depuis le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Fait à ..... Le ..... **Signature**

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du Code pénal). La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès des services de la Carpimko, aux conditions légales et réglementaires en vigueur.