DÉCLARATION D'AFFILIATION

Nom d'usage - Prénom :	Nom de famille : (nom de naissance)	
	Lieu de naissance :	
Nationalité :		
Numéro de sécurité sociale : L		
Adresse du cabinet :		
Adresse du domicile :		
	Mail :	
Profession para médicale exercée en libéral	l:	
- Date de dispense du premier acte à titre l	libéral :	
- Mode d'exercice de l'activité paramédica	ale:	
Rempla çant (télécharger l'attestation de remplacement sur www.carpimko.com, rubrique "Formulaires" et nous la retourner complétée, datée et signée).	○ Société d'exercice libéral ○ Collaborateur, Assistant, SCP (Selarl, Selas joindre les statuts)	٠
Numéro d'enregistremen	nt ADELI ou N° R.P.P.S.	
(joindre l'attestation de l'ords	lre professionnel)	
- Exercice sous convention : Oui (Pour les remplaçants, il s'agit de la situation conventionnelle du professionnel remplacé)	Non 🔾	
- Autre profession commerciale, agricole, arti	isanale ou libérale :	
- Date de début		
	titre du régime des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés :	
	lans un état membre de l'Union Européenne : Oui O Non O	
- Bénéficiaire d'une retraite : Oui	Non O Depuis le : L L L L L L L L L L L L L L L L L L	
Foit à	La Signaturo	

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque serend coupable de fraudes ou defausses 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.