

DÉCLARATION DE REPRISE D'ACTIVITE LIBÉRALE

Numéro de dossier attribué lors de votre dernière affiliation à notre Caisse :

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 reprise de l'activité libérale :

- Si vous exercez parallèlement une activité commerciale, agricole, artisanale ou libérale, veuillez préciser la profession exercée : et la date de début

- Mode d'exercice de l'activité paramédicale :

- Remplaçant Société d'exercice libéral Collaborateur, Assistant, SCP...
(*télécharger l'attestation de remplacement disponible dans la rubrique "Formulaires à télécharger" sur notre site www.carpimko.com si vous n'effectuez que des remplacements ponctuels.*) (Selarl, Selas... joindre les statuts)

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

- Exercez-vous sous convention ? Oui Non

- Adresse de la C.P.A.M. de rattachement au titre de l'Avantage Social Vieillesse (ASV) :

- Exercez-vous simultanément une activité dans un état membre de l'Union Européenne, l'Espace Économique Européen ou en Suisse ? Oui Non

- Avez-vous bénéficié de l'ACCRES dans les trois années précédant votre reprise ? Oui Non
(dans l'affirmative, joindre l'attestation délivrée par l'URSSAF).

- Bénéficiez-vous d'une retraite ? Non Oui Depuis le :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements contenus dans cette déclaration.

Fait à Le

Signature