

.....

Déclaration d'affiliation

à retourner à la Carpimko accompagnée de la photocopie du diplôme d'Etat avec son n° d'enregistrement Adeli ou R.P.P.S.

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 para-médicale exercée en libéral :

- Date de dispense du premier acte à titre libéral : [][] [][] [][][][]

- Autre profession commerciale, agricole, artisanale ou libérale :

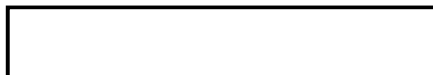
- Date de début [][] [][] [][][][]

- Mode d'exercice de l'activité para-médicale :

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

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

Collaboreur, Assistant, SCP...



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

- Exercice sous convention : Oui Non

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

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

- Bénéficiez-vous de l'ACCRE : Oui Non
(dans l'affirmative, joindre l'attestation délivrée par l'URSSAF).

- Bénéficiaire d'une retraite : Non Oui Depuis le :/.....//.....//...../...../...../

Fait à Le **Signature**