

Déclaration de reprise d'activité libérale

Je soussigné(e)

Nom, prénom :

Date de naissance :

Profession :

Adresse du domicile :

Adresse du cabinet (si elle est différente du domicile) :

Si vous exercez au sein d'une SELARL ou d'une SELAFA, joindre les Statuts.

Si votre profession relève d'un ordre professionnel, indiquer votre numéro d'inscription :

Certifie, sur l'honneur, avoir recommencé à dispenser des actes médicaux à titre libéral⁽¹⁾ depuis le

Fait à..... Le.....

Signature

⁽¹⁾ Toute activité libérale doit être déclarée, même s'il s'agit d'une activité accessoire ou accomplie sous forme de remplacement.