

Pour joindre le service cotisations :

Sur www.carpimko.com dans votre espace personnel

Rubrique : Nous écrire / transmettre des documents

Par tél. au 01.30.48.10.00 puis composer le 1

Déclaration de cessation d'activité libérale

Nom et Prénom :

Né(e) le :

Profession :

Adresse du domicile :

Code postal : |_|_|_|_|_|_|

Ville :

Date du dernier acte libéral : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Salarié(e) : oui : Depuis le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

non :

Retraité(e) : oui : Depuis le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

non :

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

Fait à le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature

En cas de reprise d'activité à titre libéral (même conjointement à une activité salariée ou non salariée), je m'engage à informer la CARPIMKO dans le mois qui suit mon premier acte médical.

"La Loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article L 114-13 du code de la sécurité sociale et 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal)"

La loi du 6 Janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les dossiers vous concernant auprès de notre organisme.