

# Changement d'adresse professionnelle et/ou mode d'exercice

## Déclaration d'exercice



Cette déclaration doit être obligatoirement accompagnée du(des) contrat(s) correspondant(s).

NOM : ..... Prénom : ..... N°ordre ou RPPS : .....

Adresse domicile : .....

Tél portable : ..... Mail : .....

Adresse de correspondance souhaitée : domicile  cabinet principal  cabinet secondaire

Je déclare chacune de mes activités ci-après :

Activité principale:	Activité antérieure	Nouvelle activité
Adresse exacte du lieu d'exercice :		
Mode d'exercice <sup>(1)</sup> (cocher la case correspondant à votre activité)	Assistant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Titulaire en individuel <input type="checkbox"/> Exclusif à domicile <input type="checkbox"/>	Remplaçant <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> SCP/SEL <input type="checkbox"/> SCM <input type="checkbox"/>
Nom du(des) titulaire(s) du cabinet		
	<b>Date de début d'activité</b>	<b>Date de début d'activité</b>
	...../...../.....	...../...../.....
	<b>Date de fin d'activité</b>	<b>En zone surdotée ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	...../...../.....	

Impératif : si votre nouvelle activité se trouve en zone surdotée, veuillez contacter la CPAM.

Activité secondaire:	Activité antérieure	Nouvelle activité
Adresse exacte du lieu d'exercice :		
Mode d'exercice <sup>(1)</sup> (cocher la case correspondant à votre activité)	Assistant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Titulaire en individuel <input type="checkbox"/> Exclusif à domicile <input type="checkbox"/>	Remplaçant <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> SCP/SEL <input type="checkbox"/> SCM <input type="checkbox"/>
Nom du(des) titulaire(s) du cabinet		
	<b>Date de début d'activité</b>	<b>Date de début d'activité</b>
	...../...../.....	...../...../.....
	<b>Date de fin d'activité</b>	<b>En zone surdotée ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	...../...../.....	

Impératif : si votre nouvelle activité se trouve en zone surdotée, veuillez contacter la CPAM.

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées <sup>(2)</sup> ci-dessus.  
 Fait à : ..... Le : ..... Signature :

<sup>(1)</sup>Fournir copie des contrats

<sup>(2)</sup>Article R4321.143 du CSP : « Toute déclaration volontairement inexacte ou incomplète faite au conseil départemental de l'ordre par un masseur-kinésithérapeute peut donner lieu à des poursuites disciplinaires. Il en est de même de la dissimulation de contrats professionnels. »  
 En cas de déclaration incomplète, l'enregistrement de votre activité devra être différé.



# Votre déclaration d'activité

L'enregistrement par le Conseil de l'Ordre de la déclaration d'activité atteste du droit d'exercer

- sans aucun lien avec le zonage et
- sans aucun lien avec le conventionnement.



Le conventionnement dépendra **EXCLUSIVEMENT**  
de la CPAM \*

Informez-vous sur son dispositif démographique  
<https://installation-kine.ameli.fr>

\* en relation avec l'avenant 5 – vie conventionnelle – CNAMTS, syndicats professionnels représentatifs

*Installation*



*Conventionnement*

*Zonage*

Site à consulter pour savoir dans quelle zone se situera votre nouveau lieu d'exercice :  
<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/les-zonages-des-professionnels-de-sante-liberaux-2>