

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 ⁽¹⁾ (cocher la case correspondant à votre activité)	Assistant <input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Titulaire en individuel <input type="checkbox"/> SCP/SEL <input type="checkbox"/> SCM <input type="checkbox"/> Exclusif à domicile <input type="checkbox"/>	Assistant <input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Titulaire en individuel <input type="checkbox"/> SCP/SEL <input type="checkbox"/> SCM <input type="checkbox"/> Exclusif à domicile <input type="checkbox"/>
Nom du(des) titulaire(s) du cabinet		
	Date de début d'activité	Date de début d'activité
/...../...../...../.....
	Date de fin d'activité	
/...../.....	

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

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ⁽²⁾ ci-dessus.

Fait à : Le : Signature :

⁽¹⁾Fournir copie des contrats

⁽²⁾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>

