

DECLARATION DE REPRISE D'ACTIVITE A TEMPS COMPLET

Je soussigné(e) : Nom – Prénom :

Né(e) le : à

Demeurant :

.....

Téléphone :

Adresse professionnelle :

.....

Profession :

Certifie sur l'honneur avoir recommencé à dispenser des soins à titre libéral depuis le :

Mode d'exercice de l'activité paramédicale :

- Remplaçant Installé, collaborateur, assistant

Fait à le

Signature :

Nous insistons sur le fait que **c'est la date exacte de la reprise de votre activité à titre libéral que vous devez mentionner**. De plus, cette date doit correspondre très exactement à celle que vous avez déclaré à la Caisse primaire d'Assurance Maladie.

N.B. : La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations. (articles 313-1, 313-2, 313-3, 433-19, 441-1 441-6 et 441-7 du code pénal)

Informatique et Libertés : Les données personnelles sont recueillies dans le cadre de l'étude de vos droits aux prestations du Régime d'Assurance Invalidité Décès selon des protocoles sécurisés. Elles seront conservées pendant toute la durée du versement des prestations, puis archivées jusqu'à expiration des délais de recours y afférents. La Carpimko s'engage à ce que la collecte et le traitement de vos données personnelles soient conformes au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi "Informatique et Libertés". Pour toute information ou exercice de vos droits (accès, rectification et suppression) vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse mail : contactdpo@carpimko.com