

RID

DÉCLARATION DE REPRISE D'ACTIVITÉ À 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)

Les informations recueillies par la C.A.R.P.I.M.K.O. sont destinées à l'étude de vos droits aux prestations du Régime d'Assurance Invalidité Décès. Elles seront conservées pendant toute la durée du versement desdites prestations puis archivées jusqu'à l'expiration des délais de recours y afférents. Certaines informations seront enregistrées dans un fichier informatisé destiné à sécuriser l'attribution des prestations et à établir des statistiques. Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez bénéficier d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant ou demander la limitation de leur traitement en contactant contactdpo@carpimko.com