

Déclaration de reprise d'activité libérale

N° de dossier Carpimko :

Nom d'usage - Prénom :
(nom marital)

Date et lieu de naissance :

Profession :

Adresse du domicile :

Code postal : Ville :

Adresse du Cabinet :

Code postal : Ville :

Date de reprise d'activité en libéral :

• **Mode d'exercice de l'activité para-médicale :**

Remplaçant

(remplir l'attestation annexée avec les dates de début et fin de remplacements effectués ou prévues).

Collaborateur, Assistant, SCP...

Société d'exercice libéral

(Selarl, Selas... joindre les statuts)

N ° d'inscription à un ordre professionnel

• **Exercice sous convention :** Oui Non

• Adresse de la C.P.A.M. de rattachement au titre de l'Avantage Social Vieillesse (ASV) :

• **Exercice en zone franche (Z.F., Z.D.R., Z.F.U.) ou entreprise nouvelle :** Oui Non

• **Bénéficiez-vous de l'ACCRE :** Oui Non

(dans l'affirmative, joindre l'attestation délivrée par l'URSSAF).

• **Options fiscales pour vos Bénéfices Non Commerciaux (B.N.C.) :** Régime spécial B.N.C.

Déclaration contrôlée

Impôts sur les sociétés (gérance)

• **Activité salariée :** Oui Non

(nous retourner l'attestation d'activité salariée ci-jointe).

• **Bénéficiaire d'une retraite :** Non Oui Depuis le

Fait à

Le

Signature

Attestation de remplacement

N° de dossier Carpimko :

Je soussigné :

Adresse personnelle :

Code postal : Ville :

Catégorie professionnelle :

- Infirmier
 Orthophoniste

- Masseur-Kinésithérapeute
 Orthoptiste

- Pédicure-Podologue

Certifie avoir effectué depuis la date de délivrance de l'autorisation préfectorale de remplacement les jours de remplacements suivants :

DATES	NOMBRE DE JOURS	PROFESSIONNEL REMPLACE		ADRESSE DU CABINET	HONORAIRES PERCUS
		N° TEL	NOM PRENOM		

Fait à

Le

Signature

Attestation d'activité salariée

N° de dossier Carpimko :

Je soussigné :

Certifie avoir effectué les activités salariées suivantes :

DATES		ACTIVITE PROFESSIONNELLE EXERCEE	NOM ET ADRESSE DES EMPLOYEURS
DEBUT	FIN		

Fait à

Le

Signature