

3° ACTIVITE MEDICALE SALARIEE (en cas d'activité mixte salariée/libérale remplir les tableaux 2° et 3°)

Lieu(x) d'exercice ⁽¹⁾	Nom et adresse de l'employeur	Date(s) d'emploi

(1) Y compris dans l'espace économique européen et Suisse (si vous relevez de la législation d'un autre état membre que la France joindre le formulaire A1 - Certificat concernant la législation de sécurité sociale qui vous est applicable).

Numéro de sécurité sociale :

4° ACTIVITE NON MEDICALE

Périodes	Profession(s) exercée(s)	Adresse professionnelle ou de l'employeur	Préciser l'activité (mettre une croix dans la case concernée)	
			principale	secondaire
du au			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du au			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
du au			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5° PERIODE(S) DE NON ACTIVITE

du : au motif :

du : au motif :

6° PERIODE DE SERVICE MILITAIRE

du : au

en cas de réforme, préciser le motif :

7° ANTECEDENTS MEDICAUX

du : au :

du : au :

N.B. : Toute omission peut compromettre l'ouverture des droits en prévoyance

Partie réservée à la CARMF

TOURNEZ SVP

TRÈS IMPORTANT

Toute personne qui commence ou cesse d'exercer une profession libérale est tenue de le déclarer dans le délai d'un mois à la section professionnelle dont elle relève, en vue de son immatriculation ou de sa radiation. La date d'effet de l'immatriculation ou de la radiation est le premier jour du trimestre civil suivant le début ou la fin de l'activité professionnelle.

En conséquence, vous voudrez bien préciser votre activité actuelle :

Je déclare : (cocher la ou les case(s) correspondant à votre situation)

- exercer exclusivement la médecine libérale
- exercer simultanément une activité libérale et la médecine salariée.....
- exercer exclusivement la médecine salariée
- n'avoir aucune activité libérale de quelque nature que ce soit
- exercer en tant qu'associé professionnel dans une société d'exercice libéral :
 - SELARL (Société d'exercice libéral à responsabilité limitée).....
 - SELAFA (Société d'exercice libéral à forme anonyme).....
 - SELAS (Société d'exercice libéral par actions simplifiées).....
 - SELCA (Société d'exercice libéral en commandite par actions)
 - EURL (Entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée)
 - Société en participation.....
 - EIRL (Entrepreneur individuel à responsabilité limitée).....

JOINDRE UNE COPIE DES STATUTS DE LA SOCIETE

Je m'engage à signaler dans les 30 jours à la CARMF toute modification à ma situation telle qu'indiquée ci-dessus et certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués, sachant que toute fausse déclaration ou omission pourrait faire obstacle à l'ouverture des droits prévus au régime invalidité-décès.

Si je remplis les conditions je demande à reporter le paiement de ma cotisation du seul régime de base due au titre des douze premiers mois d'affiliation.....

à..... le.....

signature et cachet
du déclarant

à..... le.....

signature et cachet
du Conseil Départemental de l'Ordre