



# Changement d'adresse et/ou mode d'exercice

## Déclaration d'exercice

NOM : ..... Prénom : ..... N° ordre : .....

Adresse domicile : ..... CP/VILLE : .....

Tél portable perso : ..... Mail perso : .....

Portable pro.....  Mail pro.....

Choix d'envoi des courriers :  Adresse personnelle ou  Adresse professionnelle

Je déclare chacune de mes activités ci-après :

Activité principale :	Activité antérieure	Nouvelle activité
Adresse exacte du lieu d'exercice : Portable :-----		
Mode d'exercice <sup>(1)</sup> (Cocher la case correspondante à votre activité)	Assistant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Salariat <input type="checkbox"/> Exercice individuel (titulaire) <input type="checkbox"/> Exercice en groupe (associé) <input type="checkbox"/> Exercice exclusif à domicile <input type="checkbox"/>	Assistant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Salariat <input type="checkbox"/> Exercice individuel (titulaire) <input type="checkbox"/> Exercice en groupe (associé) <input type="checkbox"/> Exercice 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	
	...../...../.....	

(1) Fournir copie des contrats

En l'absence du (des) contrat (s) correspondant (s), aucun changement ne sera enregistré par nos services

Activité secondaire:	Activité antérieure	Nouvelle activité
Adresse exacte du lieu d'exercice : Portable :-----		
Mode d'exercice <sup>(1)</sup> (Cocher la case correspondante à votre activité)	Assistant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Salariat <input type="checkbox"/> Exercice individuel (titulaire) <input type="checkbox"/> Exercice en groupe (associé) <input type="checkbox"/> Exercice exclusif à domicile <input type="checkbox"/>	Assistant <input type="checkbox"/> Collaborateur <input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Salariat <input type="checkbox"/> Exercice individuel (titulaire) <input type="checkbox"/> Exercice en groupe (associé) <input type="checkbox"/> Exercice 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	
	...../...../.....	

(1) Fournir copie des contrats

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

Fait à : ..... Le : ..... Signature :

(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. »