

SITUATION PROFESSIONNELLE

Date de Thèse :

Diplôme d'Etat délivré le :

Par la faculté de : Spécialité :

Date de la 1^{ère} inscription au Tableau de l'Ordre :

1° ACTIVITE MEDICALE LIBERALE DEPUIS L'OBTENTION DU DIPLOME ET L'INSCRIPTION AU TABLEAU DE L'ORDRE

Date précise de début de la première activité médicale libérale :

REPLACEMENTS : (préciser la date de votre 1^{er} remplacement)

COLLABORATEUR LIBERAL :

INSTALLATION : REINSTALLATION :

POSITION A L'EGARD DE LA CONVENTION (merci de joindre si possible un exemplaire de vos feuilles de soins)
(cocher la case correspondante)

Médecin généraliste : } Secteur 1 depuis le :
(honoraires conventionnels)

Médecin spécialiste : } Secteur 2 depuis le :
(honoraires libres)

Spécialité exercée : } Non conventionné depuis le :

Adresse de votre caisse primaire d'assurance maladie :

Exercice libéral (1)	Lieu(x) d'exercice (2)	Période(s)	INSCRIPTION(S) AU TABLEAU DE L'ORDRE		
			dépt.	date	numéro
		du au			
		du au			
		du au			
		du au			
		du au			
		du au			

(1) En cabinet, SCP, EURL, EIRL, Société d'exercice libéral (SELARL, SELAFA, SELAS, SELCA), expertises, vacations, médecine d'urgence, médecine thermale, secteur privé pour les médecins hospitaliers, collaboration libérale, remplacements et toutes activités rémunérées par des honoraires.

(2) 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).

Si votre activité se limite ou s'est limitée à des remplacements, merci de nous préciser si vous avez été assujetti à la contribution économique territoriale :

- dans l'affirmative, pour quelles années ? :

- **dans la négative si vous souhaitez être dispensé d'affiliation et que vos revenus ne dépassent pas le plafond visé dans le courrier joint, merci de remplir et de signer l'attestation sur l'honneur ci-dessous.**

Je déclare sur l'honneur ne pas être assujetti à la contribution économique territoriale (CET) en tant que médecin remplaçant et demande à être dispensé d'affiliation.

Fait à

le

signature

2° ACTIVITE MEDICALE SALARIEE (en cas d'activité mixte salariée/libérale remplir les tableaux 1°et 2°)

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 :

3° 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				
du au				
du au				

4° PERIODE(S) DE NON ACTIVITE

du : au motif :

du : au motif :

5° PERIODE DE SERVICE MILITAIRE

du : au

en cas de réforme, préciser le motif :

6° 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

TRES IMPORTANT

Article R. 643-1 du code de la sécurité sociale :

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 application de ce texte, 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 la médecine libérale et la médecine salariée.....
- exercer exclusivement la médecine salariée
- n'avoir aucune activité médicale 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)
 - 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 médecin

à le.....

signature et cachet
du Conseil Départemental de l'Ordre

En application de la loi sur l'informatique, les fichiers et les libertés, vous pouvez obtenir communication des informations nominatives vous concernant et les faire corriger en cas d'erreur en vous adressant par courrier au service cotisants.