

ANNEXE 1b

LE PRESTATAIRE INFORME LA CAISSE DE L'EXTENSION DE SON CHAMP D'ACTIVITE REGI PAR
UNE CONVENTION AUTRE QUE LA CONVENTION NATIONALE
DES PROFESSIONS DE L'APPAREILLAGE

À envoyer à la CGSS de la Réunion en lettre recommandée avec accusé de réception

Coordonnées du Prestataire :

Coordonnées de l'organisme de rattachement :

.....
.....
.....
.....

CGSS de la Réunion
Service RPS
4 Boulevard Doret - CS 53001
97 741 Saint Denis Cedex 9

Objet : Extension d'activité couverte par une convention autre que la convention nationale des professions de l'appareillage.

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e),

représentant la personne morale :,

forme juridique :,

numéro SIREN :,

exerçant l'activité de,

adresse du local ou des locaux dans la circonscription :

Local 1 :
.....

Local 2 :
.....

Local 3 :
.....

aire géographique autorisée par l'Agence Régionale de Santé pour l'oxygénothérapie :

.....
déclare étendre mon activité initiale en dehors du champ couvert par les chapitres 1 ; 5, 6 et 7 du titre II de la LPP,
comme suit : (à renseigner par le prestataire)
.....
.....
.....

A, le

Le professionnel