



DECLARATION DE L'INFIRMIER QUITTANT LA ZONE

Nom : N° RPPS : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Prénom(s) : N° Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tél. : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Adresse courriel :

N° AM de l'activité en cessation : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Date cessation projetée :

Je désigne comme successeur à mon poste dans le cabinet situé au :
.....
.....

La personne suivante :

Je m'engage à effectuer mes déclarations de cessation auprès de l'Ordre des infirmiers et à arrêter toute activité libérale conventionnée dans la zone sur dotée où est domicilié le cabinet susnommé.

Fait à le Signature de l'infirmier cédant :

DECLARATION D'INTENTION DU CABINET A RECRUTER L'INFIRMIER DEMANDANT SON CONVENTIONNEMENT EN ZONE SUR DOTEE

Désignation du cabinet :
.....
.....

Noms et prénoms des Titulaires : N° AM : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

..... N° AM : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

..... N° AM : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

La direction du cabinet susnommé déclare souhaiter recruter l'infirmier suivant :
.....

En succession de N° AM : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Qui a arrêté tout exercice libérale dans la zone sur dotée du cabinet depuis le :

Fait à le Signature du ou des titulaires :