



## 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 DOTE

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 :