## ATTESTATION DE SUCCESSION MASSEUR-KINESITHERAPEUTE



## **DECLARATION DU MASSEUR-KINESITHERAPEUTE QUITTANT LA ZONE**

Nom :		
Prénom(s):	N° Sécurité Sociale :	
Tél.:	resse courriel:	
N° AM de l'activité en cessation :	Date cessation projetée :	
Je désigne comme successeur à mon poste da	ns le cabinet situé au :	
La personne suivante :		
Je m'engage à effectuer mes déclarations de libérale conventionnée dans la zone sur dotée	cessation auprès de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes et à a où est domicilié le cabinet susnommé.	rrêter toute activi
Fait à le	Signature du masseur-kinésithérapeut	e cédant :
DECLARATION D'INTENTION DU DEMANDANT SON CONVENTIONNEI	CABINET A RECRUTER LE MASSEUR-KINESITMENT EN ZONE SUR DOTEE	HERAPEUTE
Désignation du cabinet :		
Noms et prénoms des Titulaires :		 
	haiter recruter le masseur-kinésithérapeute suivant :	
En succession de		
Qui a arrêté tout exercice libérale dans la zone	sur dotée du cabinet depuis le :	
Fait à le	Signature du ou des titulaires :	



