DEMANDE DE MISE A JOUR : DOSSIER PROFESSIONNEL DE SANTE

***IMPORTANT** : VEUILLEZ COMPLETER CE DOCUMENT A L'ENCRE NOIR*

CE DOCUMENT EST A ENVOYER PAR MAIL AU SERVICE RPS ACCOMPAGNE DES PIECES JUSTIFICATIVES REQUISES EN PDF.

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR (* MENTION OBLIGATOIRE)

Nom* : ..... Prénom(s)* : .....

N° Sécurité Sociale*: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Profession : ..... N° RPPS*: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Ou si l'inscription de votre activité est faite par l'ARS N° ADELI*: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° AM du dossier à mettre à jour N° AM*: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

MISE A JOUR A EFFECTUER

☐ **Coordonnées bancaires professionnelles** A compter du : ...../...../.....

→ Joindre un RIB original au nom du professionnel ou de la société (comptes joints refusés)

☐ **Coordonnées personnelles** A compter du : ...../...../.....

◊ Adresse personnelle : (veuillez indiquer votre nouvelle adresse)

.....

IMPORTANT : il est obligatoire d'informer votre ordre de vos changements d'adresse de correspondance. A défaut, vous risquez de ne pas recevoir votre renouvellement de CPS.

◊ Tél. personnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ **Coordonnées professionnelles** A compter du : ...../...../.....

◊ Adresse professionnelle : (veuillez indiquer votre nouvelle adresse)

.....

◊ Nom d'exercice : .....

◊ Le cabinet devient une : ☐Activité individuelle ☐Activité de groupe ☐SCP ☐SELARL

◊ Nouveau statut : ☐Titulaire ☐Collaborateur ☐Assistant

→ Professions inscrites au RPPS : vous devez **préalablement** faire valider ces changements par votre Ordre.

→ Autres professions : joindre la fiche de situation ADELI **actualisée**, délivrée par l'ARS.

◊ Tél. professionnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

◊ Adresse de contact courriel : .....

☐ **Cessation d'activité** A compter du : ...../...../.....

◊ Motif de cessation : ☐Départ du département ☐Retraite ☐Raison de santé ☐Autre

→ Professions inscrites au RPPS : vous devez **préalablement** faire valider ce changement par votre Ordre.

→ Autres professions : vous devez avertir le service ADELI de l'ARS de votre cessation.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce document Signature

Fait le : ...../...../.....