

# DEMANDE DE MISE A JOUR : DOSSIER PROFESSIONNEL DE SANTE



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

**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.

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans ce document Signature  
Fait le : ...../...../.....