

# 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° RPPS\* : [ ] Profession : .....

N° Sécurité Sociale\* : [ ]

N° AM du dossier à mettre à jour\* : [ ]

Raison sociale : ..... N° SIRET\* : [ ]

## 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 :** À compter du : ...../...../.....

→ Profession à Ordre : vous devez **préalablement** faire valider ces changements par votre Ordre.

◇ Adresse professionnelle : (veuillez indiquer votre nouvelle adresse)

.....

◇ Nom d'exercice / Raison sociale : .....

◇ Le cabinet devient une :  Activité individuelle  Activité de groupe  SCP  SELARL

◇ Nouveau statut :  Titulaire  Collaborateur  Assistant

◇ Nouveau N°SIRET : [ ]

◇ Tél. professionnel : [ ]

◇ Adresse de contact courriel : .....

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

◇ Motif de cessation :  Départ du département  Retraite  Raison de santé  Autre

→ Professions à Ordre : 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 : ...../...../.....