

Démarche : Fichier PS : Déclarer une cessation d'activité

Organisme : Service gestion des professionnels de santé 71

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet aux Professionnels de Santé ou entreprises conventionnées avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Saône-et-Loire de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour une déclaration de cessation d'activité auprès de la CPAM de Saône et Loire.

Identification

Civilité

☐ Mme

☐ M.

Nom pour votre exercice

Nom d'usage

Votre nom de jeune fille

Votre prénom

Situation professionnelle

Votre adresse professionnelle

Fichier PS : Déclarer une cessation d'activité

Numéro de téléphone

Votre email

Votre profession

Votre numéro RPPS

Numéro d'inscription au Conseil de l'Ordre composé de 11 caractères

OU Votre numéro ADELI

Numéro de professionnel de Santé composé de 9 caractères.
commence par 711.....

Vous souhaitez cesser votre activité à quelle date?

Pouvez-vous nous préciser la raison de la cessation de votre activité?

Engagement

En cochant cette case, je certifie conforme les saisies et je signe ma déclaration.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Fait à :

Indiquez la commune

Le :

Format jj/mm/aaaa