

Démarche : Fichier PS: Mise à jour administrative (ex.: adresse, courriel, numéro de téléphone, changement de nom...) sauf RIB (formulaire dédié).

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 au professionnel de santé de transmettre les justificatifs obligatoires et d'informer la CPAM de Saône et Loire d'un changement d'adresse ou de situation.

Ce formulaire ne permet pas de déclarer un changement de RIB.

Identification

N° RPPS ou ADELI

Référence qui nous permet de vous identifier

Nom

Prénom

Email

Téléphone

Administratif

Si votre demande concerne un changement d'adresse professionnelle

Fichier PS: Mise à jour administrative (ex.: adresse, courriel, numéro de téléphone, changement d'adresse)
Indiquez votre ancienne adresse

Indiquez votre nouvelle adresse

A quelle date sera effectif le changement?

Votre changement d'adresse doit au préalable être effectif auprès de votre conseil de l'Ordre.

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pour les taxis, transporteurs sanitaires, fournisseurs, veuillez nous adresser un K-BIS actualisé.

Si votre demande concerne un changement de Nom

Indiquez votre nom patronymique

Indiquez votre nom marital

Indiquez le nom d'exercice souhaité.

Si votre demande concerne un changement de forme juridique

Indiquez votre nouveau statut.

Votre changement doit au préalable être effectif auprès de votre conseil de l'Ordre.

Si votre demande concerne une autre situation

Précisez :

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Pièce justificative

Engagement

En cochant cette case, je certifie exacte les informations transmises.

Cochez la mention applicable

☐

Fichier PS: Mise à jour administrative (ex.: adresse, courriel, numéro de téléphone, changement d

☐ Non

Fait à :

Le :