Démarche : Formulaire début d'activité libérale masseurs-kinésithérapeutes (hors remplacement) CPAM DE SEINE SAINT DENIS : Service relations avec les professionnels de santé, Direction de la Santé Organisme et des Affaires Juridiques Identité du demandeur **Email** Civilité Nom Prénom **Formulaire** Pour nous permettre de traiter votre demande d'installation dans les meilleurs délais, merci de bien vouloir compléter ce formulaire et nous transmettre les pièces demandées. Attention, votre dossier doit être complet. Selon votre situation, nous pourrons vous demander des documents complémentaires. Identification du masseur-kinésithérapeute ☐ Mme NOM Prénom Numéro RPPS Ce numéro est délivré par le Conseil de l'Ordre et se compose de 11 chiffres. Ce champ est à compléter **OBLIGATOIREMENT** Numéro de téléphone personnel

Ce numéro de téléphone sera utilisé uniquement pour vous contacter en cas de besoin. Ce champ est à compléter

OBLIGATOIREMENT

Formulaire début d'activité libérale masseurs-kinésithérapeutes (hors remplacement) CPAM DE S Numéro de téléphone professionnel Ce numéro apparaitra sur l'annuaire santé et sera visible de votre patientèle. Ce champ est à compléter **OBLIGATOIREMENT** Adresse mail Ce champ est à compléter OBLIGATOIREMENT Adresse professionnelle Adresse du cabinet d'exercice. Ce champ est à compléter OBLIGATOIREMENT Adresse personnelle Ce champ est à compléter OBLIGATOIREMENT Pièce justificative à joindre en complément du dossier Pièce d'identité Recto-verso Pièce justificative à joindre en complément du dossier ☐ Carte vitale Pièce justificative à joindre en complément du dossier RIB professionnel Le RIB doit mentionner votre nom et prénom ou le nom de votre société et la mention SELARL Pièce justificative à joindre en complément du dossier RIB personnel Pièce justificative à joindre en complément du dossier Formulaire adhésion à la convention Tous les champs doivent être OBLIGATOIREMENT complétés, datés et signés Pièce justificative à joindre en complément du dossier Formulaire de déclaration de début d'activité Formulaire recto-verso. Tous les champs doivent être OBLIGATOIREMENT complétés, datés et signés Pièce justificative à joindre en complément du dossier Formulaire affiliation Tous les champs doivent être OBLIGATOIREMENT complétés, datés et signés

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Formulaire début d'activité libérale masseurs-kinésithérapeutes (hors remplacement) CPAM DE S

Tous les champs doivent être OBLIGATOIREMENT complétés.

| Pièce justificative à joindre en complément du INFORMATION CPTS | dossier |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Allez-vous débuter une activité en SELARL? Cochez la mention applicable Oui | |
| Non | |