

DEMANDE DE TRANSFERT DE DÉPARTEMENT - INSCRIPTION -

Nom - Prénom :

Adresse :

.....

@ :

☎ : / / / /

CDOMK 21
14 Rue Pierre de Coubertin
Bâtiment B
21000 DIJON

Lettre recommandée avec AR

Monsieur le Président,

Je soussigné(e) Mme/Mr....., né(e) le / /
à, sollicite mon inscription en raison d'un transfert de
résidence professionnelle.

J'atteste avoir demandé ma radiation ainsi que le transfert de mon dossier auprès du
département de....., dans lequel je suis actuellement
inscrit(e) sous le numéro d'ordre, en vue d'exercer dans le département de
la Côte-d'Or à compter du / / en qualité de :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Assistant(e) | <input type="checkbox"/> Remplaçant(e) |
| <input type="checkbox"/> Collaborateur | <input type="checkbox"/> Salarié(e) |
| <input type="checkbox"/> Titulaire | |

Mes nouvelles coordonnées dans le département d'accueil :

Adresse professionnelle	Adresse personnelle
.....
.....
Si le cabinet est en zone non prioritaire, indiquer le nom du praticien partant	

- En application de l'article R4321-142 du code de la santé publique, je déclare avoir pris connaissance du code de déontologie des masseurs kinésithérapeute et m'engage à le respecter.
- J'atteste sur l'honneur qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur mon inscription au tableau de l'ordre de l'Eure n'est en cours à mon encontre.

- J'atteste être informé(e) que, conformément à la Loi Informatique et libertés du 06/01/1978, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification s'agissant des données me concernant auprès de mon conseil départemental.

Fait àle/..../.....

Signature :