

DEMANDE DE TRANSFERT DE DÉPARTEMENT
- RADIATION -

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, inscrit(e) au Tableau de l'Ordre des Masseurs-
Kinésithérapeutes de Côte d'Or sous le numéro d'ordre sollicite ma
radiation en raison d'un transfert de résidence professionnelle.

Je cesserai mon activité de masseur kinésithérapeute dans le département de Côte d'Or
à compter du / /, et demande, en conséquence, le transfert de dossier vers
le département de

Je prévois de débuter ma nouvelle activité le / /

Mes nouvelles coordonnées dans le département d'accueil :

Adresse professionnelle	Adresse personnelle
.....
.....

Fait à le / /

Signature :