Demande de renseignements complémentaires du 15/10/2013

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

A ENVOYER au CDO MK 19 44 bis av. Victor Hugo 19000 TULLE

ETAT CIVIL

☐ Mme ☐ M

Nom patronymique : L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L

Nom d'usage : L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L

1er Prénom : L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L

2ème Prénom : L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L

3ème Prénom : L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L L

Numéro ordinal : L L L L L

Date de naissance : L L / L L / L L L L

Ville de naissance : L L L L L L L L L L L L L L L L L L L

Demande de renseignements complémentaires du 15/10/2013

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

A ENVOYER au CDO MK 19 44 bis av. Victor Hugo 19000 TULLE

DIPLOME

Numéro du diplôme : L L L L L L L L L L L L L L L

Libellé d'obtention :

L L L L L L L L L L L L L L L

Demande de renseignements complémentaires du 15/10/2013

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

A ENVOYER au CDO MK 19 44 bis av. Victor Hugo 19000 TULLE

ACTIVITE PRINCIPALE

Mode d'exercice : ☐ Libéral ☐ Conventionné ☐ Non conventionné ☐ Salarié

Genre d'activité : ☐ Activité de soins ☐ Activité non soignante (enseignants, formateurs, inactifs…) ☐ Remplacement temporaire ☐ Remplaçant exclusif

Secteur d'activité : ☐ SEL POUR LES SOCIETES, extrait kbis à fournir au CDO sauf si déjà fait
☐ SCP
☐ SCM
☐ SPFPL
☐ SISA
☐ SEP
☐ Cabinet individuel
☐ Cabinet de groupe
☐ Etablissement FINESS (CHU, cliniques…)
☐ Autre (société d'intérim…), précisez : _____

Fonction : ☐ Titulaire ☐ Assistant-collaborateur ☐ Collaborateur ☐ Salarié ☐ Autre (fonctionnaire…), précisez: _____

Coordonnées professionnelles

Raison sociale de la structure :

Nom et prénom du titulaire de la structure :

Numéro d'inscription à l'Ordre du titulaire :

Numéro d'inscription à l'Ordre de la société (si la société est une SCP ou une SEL) :

Numéro de Siret de la société : / Stés, extrait kbis à fournir au CDO sauf si déjà fait

Numéro de Siret personnel du masseur-kinésithérapeute :

Numéro ADELI du masseur-kinésithérapeute :

Numéro de FINESS de la structure :

N° de voie : Type de voie :

Nom de voie :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone professionnel : / / / /

Courriel professionnel : _____ @ _____

Date de début d'exercice dans la structure : / /

Demande de renseignements complémentaires du 15/10/2013

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

A ENVOYER au CDO MK 19 44 bis av. Victor Hugo 19000 TULLE

ACTIVITE SECONDAIRE

Mode d'exercice : ☐ Libéral ☐ Conventionné ☐ Non conventionné ☐ Salarié

Genre d'activité : ☐ Activité de soins ☐ Activité non soignante (enseignants, formateurs, inactifs…) ☐ Remplacement temporaire ☐ Remplaçant exclusif

Secteur d'activité :
- ☐ SEL
- ☐ SCP
- ☐ SCM
- ☐ SPFPL
- ☐ SISA
- ☐ SEP
- ☐ Cabinet individuel
- ☐ Cabinet de groupe
- ☐ Etablissement FINESS (CHU, cliniques…)
- ☐ Autre (société d'intérim…), précisez : _____

Fonction : ☐ Titulaire ☐ Assistant-collaborateur ☐ Collaborateur ☐ Salarié ☐ Autre (fonctionnaire…), précisez: _____

Coordonnées professionnelles

Raison sociale de la structure :

Nom et prénom du titulaire de la structure :

Numéro d'inscription à l'Ordre du titulaire :

Numéro d'inscription à l'Ordre de la société (si la société est une SCP ou une SEL) :

Numéro de Siret de la société :

Numéro de Siret personnel du masseur-kinésithérapeute :

Numéro ADELI du masseur-kinésithérapeute :

Numéro de FINESS de la structure :

N° de voie : Type de voie :

Nom de voie :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone professionnel : / / / /

Courriel professionnel : _____ @ _____

Date de début d'exercice dans la structure : / /