

Pratique de la médecine en association libérale

Notification à la Caisse nationale de santé de la
composition / modification personnelle de l'association

Veuillez envoyer l'original dûment rempli, daté et signé par voie postale à l'adresse
CNS, Département Prestations en nature maladie-maternité, Gestion prestataires, B.P. 1023,
L-1010 Luxembourg ou par voie numérique à l'adresse gefo.cns@secu.lu

Association – Dénomination

Code association

Garder oui/non le code
association actuel

Adresse cabinet – Rue

Adresse cabinet – CP et localité

Compte bancaire – IBAN

LU

À joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) si nouveau code ou changement de compte

Médecins / Dentistes membres:

Nom et prénom	Code individuel	Date entrée association	Date sortie association	Signature
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

- Par la présente, tout membre de l'association s'engage avec sa signature à informer les autres membres de toute circonstance pouvant avoir une incidence sur son statut au niveau de celle-ci. Il en est ainsi notamment de son départ, de la cessation volontaire de ses activités, de la révocation de l'autorisation d'exercer ministérielle, etc.
- Les signataires marquent leur accord avec le départ ou l'adhérence d'un membre.
- Les signataires de la présente déclarent que la CNS se libère valablement de ses créances et dettes sur ce compte.

Lieu et date