

Pratique de la médecine en association libérale

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

Veuillez envoyer par voie postale l'original du formulaire dûment rempli, daté et signé, ainsi qu'un relevé d'identité bancaire (RIB) à l'adresse indiquée en bas de page.

Association – Dénomination	<input type="text"/>
Code association	<input type="text"/>
Garder oui/non le code association actuel	<input type="text"/>
Adresse cabinet – Rue	<input type="text"/>
Adresse cabinet – CP et localité	<input type="text"/>
Compte bancaire – IBAN	LU <input type="text"/>

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 déclarent que la CNS se libère valablement de ses créances et dettes sur le compte bancaire indiqué ci-dessus.

Lieu et date	<input type="text"/>
--------------	----------------------