CNS
d'Gesondheetskeess

Pratique de la médecine en association libérale

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

Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli et signé à l'adresse courriel suivante: **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	