

Pratique de la diététique 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 | <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"/> |

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

Diététiciens 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 | <input type="text"/> |
|--------------|----------------------|