

Pratique de la profession d'infirmier 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

Infirmier(ère)s membres:

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

Les infirmier(ère)s membres de la présente association déclarent que la CNS se libère valablement de ses créances et dettes sur ce compte.

Lieu, date et signature