

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 prestataire commun

Garder oui/non le code prestataire commun 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