

Pratique de l'orthophonie 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

Orthophonistes 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 signataires orthophonistes de la présente déclarent que la CNS se libère valablement de ses créances et dettes sur ce compte.

Lieu et date et signature