

## Déclaration de cessation d'activité libérale

### Je soussigné(e)

Nom, prénom : .....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Adresse du domicile : .....

Adresse du cabinet : .....

Certifie, sur l'honneur, avoir dispensé mon dernier acte médical à titre libéral le

Je m'engage à avertir la Carpimko dès que j'exercerai à nouveau à titre libéral, même conjointement à une activité salariée ou non salariée.

Fait à..... Le.....

Signature

*La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles L 114-13 du Code de la sécurité sociale et 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du Code pénal).  
La loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès des services de la Carpimko, aux conditions légales et réglementaires en vigueur.*