Demande de renseignements complémentaires

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

ETAT CIVIL

☐ Mme ☐ M

Nom patronymique :

Nom d'usage :

1er Prénom :

2ème Prénom :

3ème Prénom :

Numéro ordinal :

Date de naissance : / /

Ville de naissance : département

Pays de naissance :

Nationalité actuelle : ☐ Française

☐ UE, précisez

☐ Hors UE précisez :

Date d'acquisition de la nationalité française : / /

Coordonnées personnelles :

N° de voie : Type de voie :

Nom de voie :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville :

Pays :

Téléphone personnel (fixe) : / / / / /

Téléphone personnel (mobile) : / / / / /

Courriel personnel : _____ @ _____

Date de début d'exercice de la profession en France : / /

Langues étrangères pouvant être utilisées dans le cadre de l'exercice :

Langue 1 :

Langue 2 :

Langue 3 :

Langue 4 :

Langue 5 :

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Conseil de l'Ordre départemental ou vous êtes inscrit(e).

Demande de renseignements complémentaires

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

DIPLOME

Numéro du diplôme : ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟

Libellé d'obtention :

∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟ ∟

Demande de renseignements complémentaires

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

ACTIVITE PRINCIPALE

Mode d'exercice : ☐ Libéral ☐ Conventionné ☐ Non conventionné ☐ Salarié

Genre d'activité : ☐ Activité de soins ☐ Activité non soignante (enseignants, formateurs, inactifs…) ☐ Remplacement temporaire ☐ Remplaçant exclusif

Secteur d'activité :
- ☐ SEL
- ☐ SCP
- ☐ SCM
- ☐ SPFPL
- ☐ SISA
- ☐ SEP
- ☐ Cabinet individuel
- ☐ Cabinet de groupe
- ☐ Etablissement FINESS (CHU, cliniques…)
- ☐ Autre (société d'intérim…), précisez : _____

Fonction : ☐ Titulaire ☐ Assistant-collaborateur ☐ Collaborateur ☐ Salarié ☐ Autre (fonctionnaire…), précisez: _____

Coordonnées professionnelles

Raison sociale de la structure :

Nom et prénom du titulaire de la structure :

Numéro d'inscription à l'Ordre du titulaire :

Numéro d'inscription à l'Ordre de la société (si la société est une SCP ou une SEL) :

Numéro de Siret de la société :

Numéro de Siret personnel du masseur-kinésithérapeute :

Numéro ADELI du masseur-kinésithérapeute :

Numéro de FINESS de la structure :

N° de voie : Type de voie :

Nom de voie :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone professionnel : / / / /

Courriel professionnel : _____ @ _____

Date de début d'exercice dans la structure : / /

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Conseil de l'Ordre départemental ou vous êtes inscrit(e).

Demande de renseignements complémentaires

Informations à communiquer en vue de compléter celles transmises lors de votre inscription au Tableau de l'Ordre. Ces renseignements sont recueillis en application des dispositions du Code de la Santé Publique et pour la constitution administrative du dossier.

ACTIVITE SECONDAIRE

Mode d'exercice : ☐ Libéral ☐ Conventionné ☐ Non conventionné ☐ Salarié

Genre d'activité : ☐ Activité de soins ☐ Activité non soignante (enseignants, formateurs, inactifs…) ☐ Remplacement temporaire ☐ Remplaçant exclusif

Secteur d'activité :
- ☐ SEL
- ☐ SCP
- ☐ SCM
- ☐ SPFPL
- ☐ SISA
- ☐ SEP
- ☐ Cabinet individuel
- ☐ Cabinet de groupe
- ☐ Etablissement FINESS (CHU, cliniques…)
- ☐ Autre (société d'intérim…), précisez : _____

Fonction : ☐ Titulaire ☐ Assistant-collaborateur ☐ Collaborateur ☐ Salarié ☐ Autre (fonctionnaire…), précisez: _____

Coordonnées professionnelles

Raison sociale de la structure :

Nom et prénom du titulaire de la structure :

Numéro d'inscription à l'Ordre du titulaire :

Numéro d'inscription à l'Ordre de la société (si la société est une SCP ou une SEL) :

Numéro de Siret de la société :

Numéro de Siret personnel du masseur-kinésithérapeute :

Numéro ADELI du masseur-kinésithérapeute :

Numéro de FINESS de la structure :

N° de voie : Type de voie :

Nom de voie :

Complément d'adresse :

Code postal : Ville : Pays :

Téléphone professionnel : / / / /

Courriel professionnel : _____ @ _____

Date de début d'exercice dans la structure : / /

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès du Conseil de l'Ordre départemental ou vous êtes inscrit(e).