

**Pour joindre le service cotisations :**

Sur [www.carpimko.com](http://www.carpimko.com) dans votre espace personnel

Rubrique : Nous écrire / transmettre des documents

Par tél. au 01.30.48.10.00 puis composer le 1

## Déclaration de cessation d'activité libérale

Nom et Prénom : .....

Né(e) le : .....

Profession : .....

Adresse du domicile : .....

Code postal : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Ville : .....

Date du dernier acte libéral : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Salarié(e) : oui :  Depuis le : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

non :

Retraité(e) : oui :  Depuis le : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

non :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements contenus dans cette déclaration.

Fait à ..... le |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Signature

En cas de reprise d'activité à titre libéral (même conjointement à une activité salariée ou non salariée), je m'engage à informer la CARPIMKO dans le mois qui suit mon premier acte médical.

*"La Loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article 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 du 6 Janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les dossiers vous concernant auprès de notre organisme.*