



Patrick THEVENET
Président

DEMANDE DE RADIATION

Je, soussigné(e),

Nom : Prénom :

né(e) le : à :

N° D'Ordre :

Masseur Kinésithérapeute à :

(Adresse professionnelle)

.....

Adresse personnelle :

.....

.....

déclare avoir cessé mon activité de Masseur Kinésithérapeute en date du :

demande ma radiation du Tableau de l'Ordre du Finistère et ne souhaite plus cotiser pour la raison suivante :

- Invalidité (Joindre copie de la déclaration d'invalidité ou le justificatif CARPIMKO)
- Retraite ou départ à l'étranger (Joindre le justificatif URSSAF ou CARPIMKO)
- Pratique exclusive de l'ostéopathie (attestation sur l'honneur à nous retourner)
- Attestation de l'employeur + Attestation de la caisse de retraite (pour les salariés)
- Autres : (Joindre les justificatifs appropriés)

Je déclare être informé que cette radiation m'interdit toute forme d'exercice de la Masso-Kinésithérapie.

Dans le cas d'une reprise de l'activité de Masseur-Kinésithérapeute, je devrai procéder à mon inscription au Tableau départemental de mon lieu de résidence ou d'exercice, afin de satisfaire à nouveau aux conditions légales de l'exercice de la Masso-Kinésithérapie sur le territoire français.

Fait à Le

Signature :