



DECLARATION DE CABINET SECONDAIRE

Madame/ Monsieur _____ déclare exercer,

1. Une **activité Principale** à l'adresse suivante :

.....
.....

A compter du /depuis le(1) _____.

Temps d'exercice (% ou jours,...) : _____

Contrat(s) (2) : OUI nom du contrat : _____

NON motif de l'absence de contrat : _____

En qualité de (2) Titulaire Associé Assistant Collaborateur libéral

Autre(s) : _____

2. Une **activité secondaire** à l'adresse suivante :

.....
.....

A compter du /depuis le(1) _____.

Temps d'exercice (% ou jours,...) :

Contrat(s) (2) : OUI nom du contrat : _____

NON motif de l'absence de contrat : _____

En qualité de (2) Titulaire Associé Assistant Collaborateur libéral

Autre(s) : _____

Je demande par la présente au CDOMK84 l'enregistrement de cette activité secondaire conformément à l'article R 4321-129 du Code de la Santé publique.

A Le

Signature

1 Barrer la mention inutile / 2 Cocher la case correspondante