



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.

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 : _____ @ _____

