



DECLARATION DE MODIFICATION DES CONDITIONS D'EXERCICE (1/2)

Article L4321-144 du code de déontologie

Je soussigné (e)....., masseur kinésithérapeute, enregistré sous le numéro d'ordre.....  
Demande par le présente au conseil départemental d'enregistrer la ou les modification (s) de mes conditions d'exercice  
conformément à l'article R 4321-144 du code de déontologie (code de la santé publique),

Adresse de correspondance <sup>1</sup>: .....

Téléphone / Portable : ..... Mail .....

**Je demande la modification ou/ et l'enregistrement de :**

- Adresse professionnelle
- Statut professionnel
- Modification des données (adresse correspondance, adresse mail etc...)

**1 - SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE A CLOTURER**

Adresse : .....

Statut  titulaire  associé SCP/SEL  Associé SCM  Assistant  collaborateur  Remplaçant  Salarié  Autres

Demande la clôture de cette activité professionnelle en date du <sup>2</sup>: .....

Avez-vous une autre activité à cloturer :  oui  non

Si oui, précisez l'adresse et la date de clôture : .....

**2- DECLARATION D UNE ACTIVITE PRINCIPALE**

Je déclare exercer en qualité de  libéral  mixte  salarié

A compter du : .....

Adresse professionnelle : .....

Communication du ou des contrat (s) <sup>3</sup> :  oui  non

| LIBERAL   |  | SALARIE   |                                     |
|---|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conventionné   | <input type="checkbox"/> non conventionné  | <input type="checkbox"/> Ets privé  | <input type="checkbox"/> Ets public |
| <input type="checkbox"/> Exercice individuel :  | <input type="checkbox"/> Cabinet individuel<br><input type="checkbox"/> Exclusivement à domicile <sup>1</sup>                                | Fonctionnaire : <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Stagiaire |                                     |
| Bassin ou piscine   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  | <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD                             | Durée du contrat :                  |
| <input type="checkbox"/> Associé – cabinet de groupe <sup>4</sup> :   | <input type="checkbox"/> SCP -SEL <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> SISA<br><input type="checkbox"/> SCM <input type="checkbox"/> Autres | Nom et adresse de l'établissement :   |                                     |
| Bassin ou piscine   | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non  |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Autres statuts :   |  |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Assistant <input type="checkbox"/> Collaborateur libéral |  |   |                                     |

<sup>1</sup> Copie du justificatif de domicile datant de moins de 3 mois

<sup>2</sup> Communiquer le justificatif de fin contrat (copie lettre préavis contrat, certificat de travail etc...)

<sup>3</sup> Communiquer tous les contrats et avenants conformément au code de la santé publique (code de déontologie)

<sup>4</sup> Communiquer statuts, kbis, pv AG, bail professionnel etc...

<sup>5</sup> Société d'exercice doit faire l'objet d'une inscription au tableau de l'ordre



DECLARATION DE MODIFICATION DES CONDITIONS D'EXERCICE (2/2)

**3- DECLARATION D UNE ACTIVITE SECONDAIRE**

Je déclare exercer en qualité de  libéral  mixte  salarié

A compter du :

Adresse professionnelle :

Communication contrat :  oui  non

| LIBERAL  |   | SALARIE   |                                     |
|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conventionné  | <input type="checkbox"/> non conventionné   | <input type="checkbox"/> Ets privé  | <input type="checkbox"/> Ets public |
| <input type="checkbox"/> Exercice individuel :   | <input type="checkbox"/> Cabinet individuel<br><input type="checkbox"/> Exclusivement à domicile <sup>1</sup><br>Bassin ou piscine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                                | Fonctionnaire : <input type="checkbox"/> Titulaire <input type="checkbox"/> Stagiaire<br><input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD Durée du contrat : |                                     |
| <input type="checkbox"/> Associé – cabinet de groupe <sup>6</sup> :  | <input type="checkbox"/> SCP -SEL <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> SISA<br><input type="checkbox"/> SCM <input type="checkbox"/> Autres<br>Bassin ou piscine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | Nom et adresse de l'établissement :   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Autres statuts :<br><input type="checkbox"/> Remplaçant <input type="checkbox"/> Assistant <input type="checkbox"/> Collaborateur libéral |   |   |                                     |

**ATTESTATION OBLIGATOIRE**

J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci-dessus sont conformes à la vérité et m'assure de transmettre tous les justificatifs indispensables au traitement et à l'enregistrement de cette présente déclaration.

Je m'engage à transmettre au conseil départemental de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes des Hautes Pyrénées toutes modifications de mes conditions d'exercice ou tout contrat et avenant conformément aux articles R4321-143 – R4321-144 R4321-134 – R4321-127 R4321-129 – L4113-9 du code de la santé publique (code de déontologie).

Je transmets ma demande par mail [cdo65@ordremk.fr](mailto:cdo65@ordremk.fr) (format PDF en pièce jointe) – par courrier postal – dépôt au secrétariat sur rendez vous uniquement

Date : .....

Signature

Mention « lu et approuvé » manuscrite

« Vos données personnelles sont traitées par le conseil départemental de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes des Hautes Pyrénées, en tant que responsable du traitement, dans le cadre de sa mission relative à la demande de modifications d'exercice (article R4321-144 du code de la santé publique). Vos données personnelles sont accessibles aux personnes habilitées en interne ainsi qu'aux intervenants dans la procédure. Elles ne font l'objet d'aucun transfert hors de l'Union européenne. Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi informatique et libertés modifiée, vous pouvez à tout moment exercer votre droit d'accès, de rectification ou d'effacement des données vous concernant ou votre droit à la limitation du traitement, en adressant votre demande par courrier postal à l'adresse CDOMK 65 – Résidence Lorraine – 20 rue Brauhauban – 65000 TARBES ou par mail [cdo65@ordremk.fr](mailto:cdo65@ordremk.fr). vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) si vous l'estimez nécessaire »

<sup>6</sup> Communiquer statuts, kbis, pv AG, bail professionnel etc...

<sup>7</sup> Société d'exercice doit faire l'objet d'une inscription au tableau de l'ordre