Demande d'aide financière complémentaire d'un médecin installé en application de l'avenant 3 à la Convention Médicale

Je soussigné(e), Docteur

Numéro Adeli | 25 | 1 | | | | | | / | |

Adresse du cabinet :

Numéro de Sécurité Sociale | | | | | | | | / | |

Adresse personnelle :

Organisme de rattachement en tant qu'assuré social :

☐ TI ☐ PAMC N°

Congé : ☐ maternité ☐ paternité ☐ adoption

du au

Atteste sur l'honneur :

- Avoir enfant(s) à charge
- Etre installé(e) depuis le
- Exercer en moyenne demi-journée(s) par semaine.

Je note que je dois avoir transmis ou transmettre ci-joint le certificat médical mentionnant les dates de début et fin de la cessation d'activité, et une déclaration sur l'honneur attestant de l'interruption d'activité à la CPAM du Doubs.

Date	Signature	Tampon professionnel

A adresser au Service Relations avec les Professionnels de Santé par mail ou par courrier :

@	rps.cpam-doubs@assurance-maladie.fr
	CPAM du Doubs **Service Relations avec les Professionnels de santé** **25036 Besançon Cedex**