

Nom :

Prénom :

Adresse privée :.....

Téléphone mobile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Conseil Départemental de l'Ordre des
chirurgiens-dentistes de la Dordogne

Espace Agora

24750 - BOULAZAC

Je vous informe de ma cessation définitive d'exercice à compter du

- Je souhaite rester inscrit(e) au Tableau au titre de « **praticien sans exercice** » moyennant le règlement d'une cotisation entière.
- Je souhaite rester inscrit(e) au Tableau au titre de « **praticien retraité** » moyennant le règlement d'une cotisation minorée.
- Je demande **ma radiation du Tableau à la date du.....**

Il peut arriver que les litiges surviennent après votre cessation d'activité ; C'est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir nous communiquer les coordonnées et votre dernière assurance RCP.

Compagnie d'assurance responsabilité civile professionnelle :.....

N° police :

Date :

Signature :