

Nom :

Prénom :

Adresse privée :

Téléphone privé ou mobile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Adresse électronique :@.....

Monsieur le Président du Conseil
Départemental de l'Ordre des
chirurgiens-dentistes de la Dordogne

14 Espace Agora

24750 – BOULAZAC ISLE MANOIRE

Je soussigné(e) déclare cesser mon activité professionnelle en Dordogne à compter

du

Je demande le maintien de mon inscription au Tableau de la DORDOGNE au titre de « **praticien sans exercice** » moyennant le règlement d'une cotisation entière.

Je demande le **transfert de mon dossier** dans le département

Je demande la radiation de ma société d'exercice SELARL/SCP (joindre le procès-verbal décision de dissolution, procès-verbal décision de liquidation et l'extrait KBIS)

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 :