

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse privée :.....

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

Adresse électronique : .....@.....

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

Espace Agora

24750 – BOULAZAC ISLE MANOIRE

Je soussigné(e) déclare cesser toute activité professionnelle 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 :

**Document à retourner au Conseil Départemental de l'Ordre avant la date de cessation d'activité**

***Le chirurgien-dentiste a l'obligation d'informer, le conseil départemental au tableau duquel il est inscrit, de tout changement d'adresse privée ou professionnelle ainsi que de tout changement d'activité professionnelle. Selon les dispositions de l'article L. 4113-1 du Code de la santé publique, cette obligation est maintenue pendant 3 ans à compter de la cessation d'activité***