

A RENVoyer COMPLÉTÉ A LA CARMF, PAR VOS SOINS

Docteur _____

Adresse _____

Date de naissance _____

Lieu de naissance _____

Monsieur le Directeur de la CARMF
46 rue Saint Ferdinand
75841 PARIS CEDEX 17

A....., Le.....

Monsieur le Directeur,

Je vous informe du début de mon exercice en médecine libérale et vous demande de
procéder à mon affiliation à votre caisse.

Vous en remerciant par avance.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Signature