



Caisse Autonome de Retraite
des Médecins de France

46, rue Saint-Ferdinand 75841 Paris Cedex 17

TEL. 01 40 68 32 00 - FAX 01 40 68 33 73 – SERVEUR VOCAL 01 40 68 33 72 – INTERNET : <http://www.carmf.fr>

CIRCURADP1.alx

Référence à rappeler :

Conjoint cotisant :

Médecin cotisant :

Madame,

En cas de cessation de toute participation régulière à l'activité professionnelle du médecin, il est indispensable de nous retourner dans les meilleurs délais, dûment rempli, le questionnaire ci-joint, contresigné par le professionnel.

La cessation de votre activité doit être déclarée au Centre de Formalités des Entreprises (CFE- URSSAF), conformément à l'article 5 du décret n° 2006-966 du 1^{er} août 2006 relatif au conjoint collaborateur.

Pour nous permettre de régulariser votre situation à la CARMF, nous vous remercions de nous retourner le questionnaire en vue de radiation susvisé ainsi qu'une copie de la notification de déclaration de radiation qui vous sera délivrée par le Centre de Formalités des Entreprises.

Dans cette attente, et nous tenant à votre disposition pour de plus amples renseignements,

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos salutations distinguées.

P / Le Chef de Service
Viviane KONRAD

Paris, le

CONJOINT COLLABORATEUR QUESTIONNAIRE EN VUE DE RADIATION

*Merci de nous retourner cet imprimé accompagné de la notification de radiation délivrée par le
Centre de Formalités des Entreprises –CFE/URSSAF-*

Conjoint cotisant : Médecin cotisant :	Nouvelle adresse
--	-------------------------

Date de naissance :

Numéro INSEE :

Situation de famille :

Nombre d'enfant(s) : _____

ACTIVITES DE CONJOINT COLLABORATEUR

Périodes	Lieux d'exercice de l'activité	Déclaration au CFE-URSSAF Date - Département - N°
Du au		
Du au		
Du au		
Date de cessation de l'activité de conjoint collaborateur :		

Je déclare sur l'honneur avoir cessé toute participation en qualité de conjoint collaborateur à l'activité professionnelle de mon conjoint et demande ma radiation.

A

_____ Le _____
Signature du Conjoint

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués ci-dessus et déclare avoir fait le nécessaire auprès du Centre de Formalités des Entreprises
(Joindre une copie de la notification de radiation CFE/URSSAF).

A

_____ Le _____
Signature du Médecin

IMPORTANT : si vous deviez opter de nouveau pour le statut de conjoint collaborateur, il vous appartiendrait de nous en informer dans le délai d'un mois.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Vous pouvez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant en vous adressant à la division Cotisants de la CARMF.