

Nom / Prénom / Adresse :

.....
.....
.....
.....

Tél :

Mail :

**Conseil Départemental de l'Ordre des
Masseurs-Kinésithérapeutes de L'Ariège**

Demande de Radiation Définitive suite à cessation d'activité

Je soussigné(e) Mme/Mr,
né(e) le à, inscrit(e) au Tableau de l'Ordre
des Masseurs-Kinésithérapeutes de l'Ariège, sous le numéro..... déclare sur
l'honneur cesser toute activité de Masseur-Kinésithérapeute sur le territoire français à compter du
..... et demande au Conseil Départementale de l'Ordre de l'Ariège de
procéder à ma radiation définitive du tableau de l'ordre, pour le motif suivant :

.....

Fait à Le.....
(Signature)

Exemplaire à retourner au CDOMK de l'Ariège