



ATTESTATION POUR DÉPART À LA RETRAITE

Attestation ci-dessous à nous retourner.

Merci de la compléter et de cocher les mentions correspondantes à votre situation et à votre choix dans les points 1 et 2. Afin de pouvoir vous communiquer votre radiation définitive, pensez à nous informer ci-dessous de vos nouvelles coordonnées postales, mail et téléphone.

COORDONNEES PERSONNELLES :

DECLARATION SUR L HONNEUR

Je soussigné(e) Madame/Monsieur déclare, dans le cadre de ma demande de radiation du tableau de l'Ordre :

1/ Avoir arrêté totalement mon activité de chirurgien-dentiste, y compris pour quelques actes isolés pour cause de :

En date du :

OU

Avoir arrêté totalement et temporairement mon activité de chirurgien-dentiste y compris pour quelques actes isolés.

Pour cause de :

En date du : et jusqu'au :

2/ Atteste en ma qualité de chirurgien-dentiste inactif ne plus vouloir être inscrit à l'Ordre

OU

Attester en ma qualité de chirurgien-dentiste inactif vouloir être inscrit à l'Ordre

en qualité de :

- Inscrit avec cotisation à taux plein avec possibilité d'exercice (sous conditions à voir avec la caisse de retraite)

- Inscrit comme retraité avec une cotisation minorée (droit de prescription à l'entourage)

MERCI DE RAYER LES MENTIONS INUTILES

SIGNATURE