

Demande de modification des coordonnées professionnelles

Pour plus de rapidité, transférez ce document par mail à : infoadm.acteur-fr@cgm.com



Nom* : Prénom* :
Spécialité* : Adeli -RPPS :
Adresse professionnelle
Code postal* : Ville* :

Nouvelles coordonnées professionnelles :

Nouvelle Adresse professionnelle* :
Code postal* : Ville* :
Finess ou N°AM :
Adresse e-mail* :
Téléphone Portable
Date d'effet de la modification :

Adresse de facturation (si différente de votre nouvelle adresse professionnelle) :

Code postal* : Ville* :

☐ L'ensemble du cabinet change d'adresse

Nom du cabinet médical :

Noms des autres professionnels de santé :

☐ Je quitte un cabinet de groupe et souhaite conserver mes données professionnelles (Migration de données : 195 € TTC)

☐ Je quitte un cabinet de groupe et ne souhaite pas conserver mes données professionnelles

☐ J'exerce seul(e) dans mon cabinet

☐ Je déclare un nouveau lieu d'exercice professionnel ☐ Exercice seul(e) ☐ Cabinet de groupe

Je certifie exacts, sous peine de nullité du contrat, les renseignements figurant sur le présent formulaire, je reconnais d'ores et déjà avoir pris connaissance et accepter les conditions générales de vente et d'utilisation du service Acteur.fr, disponibles sur www.aatlantide.com.

Date :
Cachet et signature :

Merci de compléter et signer ce formulaire et l'adresser à :
infoadm.acteur-fr@cgm.com

ou par courrier à :
AATLANTIDE,
11 A, Chemin de la Dhuy -
38240 MEYLAN
Tél : 04 76 90 20 20
Fax : 04 76 90 29 77