

## DECLARATION D'UN CABINET MEDICAL DE GROUPE

**DATE :**

**NOM ET ADRESSE DU GROUPE :**

**Catégorie du groupe (cocher la case correspondante) :**

|                                            |                                                                     |  |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Structure juridiquement constituée</b>  | Société Civile Professionnelle monodisciplinaire                    |  |
|                                            | Société Civile Professionnelle pluridisciplinaire                   |  |
|                                            | Société Civile de moyens                                            |  |
|                                            | Société d'exercice Libéral                                          |  |
|                                            | Autre structure juridique                                           |  |
| <b>Sans structure juridique formalisée</b> | Société de fait, contrat d'association, contrat de collaboration... |  |

**Liste des membres du cabinet de groupe exerçant dans les mêmes locaux :**  
(à l'exception des collaborateurs libéraux)

| NOM | PRENOM | N° RPPS | N° AM<br>correspondant à ce cabinet | SIGNATURE |
|-----|--------|---------|-------------------------------------|-----------|
|     |        |         |                                     |           |
|     |        |         |                                     |           |
|     |        |         |                                     |           |
|     |        |         |                                     |           |
|     |        |         |                                     |           |
|     |        |         |                                     |           |
|     |        |         |                                     |           |
|     |        |         |                                     |           |

***Pensez à signaler à la CPAM de la Gironde tout changement dans la composition de votre cabinet de groupe***