***Répertoire ADELI***

**SIGNALEMENT DE CHANGEMENT DE SITUATION**

**À renvoyer à :** ARS – GUYANE **/** SERVICE ADELI

66 Avenue des flamboyants

97300 CAYENNE

*Tél standard ARS Guyane : 05 94 25 49 89*

*Email : ars-guyane-adeli@ars.sante.fr*

|  |  |
| --- | --- |
| **Votre identification au répertoire :**  Nom d’exercice : ……………………..  Prénom : ……………………………..  Profession : …………………. | Nom patronymique : ………………….  N° ADELI : ……………………. |

**CHANGEMENT DE SITUATION**

**NOUVEAU NOM D'EXERCICE :** …………………………………………………………………………………………………………………………….

**JE QUITTE LE DÉPARTEMENT – À partir de :** …………………………………………………………………………………………………………..

**JE CHANGE DE DOMICILE –** Nouvelle adresse : ………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

**JE CESSE MON ACTIVITÉ – À partir de :** ………………………………………………………………………………………………………………...

(motif : cessation provisoire, retraite, autre – *rayer la mention inutile*)

**JE CHANGE DE SITUATION PROFESSIONNELLE – À partir de :** ……………………………………………………………………………………

**NOUVELLE SITUATION :** décrivez ci-dessous toutes vos activités

|  |  |
| --- | --- |
| **Activité principale**  🞏 LIBÉRALE (*rayer la mention inutile*)  Cabinet individuel  Cabinet de groupe  SCP ou SEL : selarl, selafa, selca  Autre : …………………………………………………………….  🞏 SALARIÉE  Employeur : …………………………………………………….  *ADRESSE PROFESSIONNELLE* :  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  *TÉLÉPHONE* : …………………………………………………..  *N° SIRET de la SCP ou SEL* : …………………………………  *N° FINESS (si exercice en établissement) :*  ……………………………………………………………………………… | **Activité secondaire**  🞏 LIBÉRALE (*rayer la mention inutile*)  Cabinet individuel  Cabinet de groupe  SCP ou SEL : selarl, selafa, selca  Autre : …………………………………………………………….  🞏 SALARIÉE  Employeur : …………………………………………………….  *ADRESSE PROFESSIONNELLE* :  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………  *TÉLÉPHONE* : …………………………………………………..  *N° SIRET de la SCP ou SEL* : …………………………………  *N° FINESS (si exercice en établissement) :*  ……………………………………………………………………………… |

***Autres activités :*** *…………………………………………………………*

**DATE :**

**SIGNATURE :**

*Pour tout renseignement complémentaire, veuillez contacter :*

*Le gestionnaire ADELI de l’ARS GUYANE*

*Tél standard ARS GUYANE : 05 94 25 49 89*

*Email : ars-guyane-adeli@ars.sante.fr*