



CONSEIL DE L'ORDRE DES INFIRMIERS DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

RENOUVELLEMENT DE COTISATION 2019 à L'ORDRE DES INFIRMIERS DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

NOM de naissance : NOM d'épouse :
Prénoms :

Date et lieu de naissance :

N° d'inscription à l'Ordre :

Adresse postale BP : Code postal : 98..... Commune :
Ile :

Coordonnées téléphoniques Portable : Fixe : Bureau :

Courriel (**obligatoire et lisible SVP**) : @

EXERCICE PROFESSIONNEL ACTUEL :

Collège du Public : - Nom de l'Établissement : - Nom du Service :

Collège du Privé : - Nom de l'établissement : - Nom du Service :

Collège du Libéral : - Titulaire N° I (CPS) : - Remplaçant(e) Code Tiers (CPS) : T000.....

Joindre une copie de votre Assurance Responsabilité Civile et Professionnelle EN COURS DE VALIDITE (Libéral)

Adresse géographique de votre local professionnel (Infirmier(e)Titulaire en Libéral):
.....

AUTRE EXERCICE (à préciser) :

Si vous avez obtenu un nouveau diplôme infirmier, joindre une copie recto-verso.

LA COTISATION ORDINALE POUR L'ANNE 2019 est fixée à 5.000 XPF
Elle est fixée à 2.500 XPF pour les infirmier(e)s retraité(e)s n'exerçant pas à plein temps.

La cotisation ordinale est valable pour l'année civile en cours du 1^{er} janvier au 31 décembre inclus.

MODE DE REGLEMENT :

- Chèque bancaire à l'ordre du COIPF - **Banque et N° de chèque** :
- Virement bancaire sur le compte SOCREDO de l'OIPF - **N° de virement (joindre justificatif)** :

IBAN : FR 76 1746 9000 0520 4164 8000 019

Code ETAB : 17469 – Code GUICHET : 00005 – N° CPTÉ : 20416480000 – Clé RIB : 19

IMPORTANT : Si le paiement de la cotisation ordinale est effectuée par une tierce personne, merci de préciser impérativement le NOM et le Prénom de l'infirmier(e) concerné(e).

Date :

Signature :