



CONSEIL DE L'ORDRE DES INFIRMIERS DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

RENOUVELLEMENT DE COTISATION ANNUELLE

COORDONNEES A JOUR :

NOM de naissance : NOM d'épouse :
Prénoms :
Date et lieu de naissance : N° d'inscription à l'Ordre :
Adresse postale : BP : Code postal :
Commune : ILE :
Nom et prénom du propriétaire de la boîte postale :

Coordonnées téléphoniques : Portable : Fixe :
Bureau :

Mail (obligatoire et lisible SVP) :

EXTRAIT DE CASIER JUDICIAIRE DE MOINS DE TROIS MOIS (bulletin n°3) :

Date de délivrance : Heure de délivrance :
JJ (jour) MM (mois) AAAA (année) HH (heure) MM (minutes)
Identifiant du document : Clé de contrôle :
13 caractères, en majuscule, sans espace 8 caractères, en majuscule, sans espace

NB : Nous joindre l'extrait de casier judiciaire n°3.

EXERCICE PROFESSIONNEL ACTUEL :

- Collège du Public : - Nom de l'Etablissement :
- 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.....

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

Communes d'exercice :

COTISATION ORDINALE ANNUELLE

La cotisation ordinale pour l'année est fixée à 5.000 XPF (soit 42€).

UNIQUEMENT pour les IDE retraités, la cotisation ordinale pour l'année est fixée à 2500 XPF (soit 21€).

La cotisation ordinale est valable pour l'année civile en cours du 1^{er} janvier au 31 décembre inclus, elle est obligatoirement versée avant le 15 février pour être inscrit au tableau de l'Ordre publié au JOPF chaque année.

○ Chèque bancaire à l'ordre du COIPF : **Banque et N° de chèque** :

○ Virement bancaire sur le compte SOCREDO de l'OIPF :

IBAN : FR 76 1746 9000 0520 4164 8000 019

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

▲ Préciser impérativement le numéro ordinal et/ou le nom et prénom de l'IDE en objet du virement.

Objet du virement (joindre justificatif) :

Je déclare sur l'honneur qu'aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction susceptible d'avoir des conséquences sur mon inscription au Tableau de l'Ordre des infirmiers de la Polynésie française n'est en cours à mon endroit

Date :

Signature :