

# DEMANDE EXONERATION DE COTISATION

Date,.....

Dossier à retourner au  
Trésorier du Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Var  
Technopole Var Matin – Bt M – 293 rte de La Seyne – 83190 OLLIOULES

NOM.....Prénom.....

Adresse.....

N° Inscription au tableau :.....

Date de Naissance : .....

Vous demandez une

Exonération totale :

exonération partielle :

## Difficultés professionnelles rencontrées

Maladie  Précisez les dates :.....

Invalidité  Précisez la durée :.....

Insuffisance de revenus

Surendettement  Précisez le montant :.....

Autres, précisez : .....

## Difficultés familiales rencontrées

Divorce

Insuffisance de revenus

Surendettement

Autres, précisez.....

Avez-vous déjà bénéficié d'une exonération de cotisation

Oui  Précisez les dates.....

Non

## Motifs de votre demande

.....  
.....  
.....  
.....

Joindre les documents administratifs pouvant justifier vos difficultés.