



Proposition d'assurance Responsabilité Professionnelle Ostéopathe

VOS COORDONNEES :

Nom : Prénom:.....
Date de Naissance :
Adresse personnelle :.....
Code postal : Ville :.....
Tel:.....Portable :Fax :
E-mail :

Adresse de votre Cabinet d'Ostéopathie principal :
Code postal : Ville:.....
Tel :.....Portable :Fax :
E-mail:.....

Adresse de votre Cabinet d'Ostéopathie secondaire :
Code postal : Ville :
Tel:.....Portable :Fax :
E-mail:.....

QUELLE QUE SOIT VOTRE FORMATION :

Etablissement ayant dispensé la formation
Avez vous suivi une formation à : Temps plein Temps partiel
Année du D.O :..... Année d'installation :.....
Etes-vous inscrit dans une organisation ostéopathique représentative ou non
(AFO, SNOF, SFDO....) ? Non Oui Laquelle ?

ACTIVITE :

Vous exercez :

- au sein de votre propre cabinet : Non Oui
- au sein d'un cabinet médical regroupant d'autres spécialités et/ou d'autres ostéopathes : Non Oui
- au sein d'une clinique privée : Non Oui
- au sein d'un hôpital public : Non Oui
- au sein d'un hôpital privé : Non Oui
- autre cas à préciser :

Votre patientèle est-t-elle composée :

- de nourrissons : Non Oui représentation en % :
- de femmes enceintes : Non Oui représentation en % :

Proposez-vous des crèmes ou onguents à vos patients ? Non Oui

Exercez vous une activité en ostéopathie équine ? Non Oui

