

**Ce document est à faire compléter par la caisse de retraite libérale à laquelle vous êtes affilié**

- ☐ CARMF (la Caisse autonome de retraite des médecins de France)
- ☐ CARDSF (la Caisse autonome de retraite des chirurgiens-dentistes et des sage-femmes)
- ☐ CAVP (la Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens)

certifie que les périodes de service militaire :

accomplies du [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] au [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
par Monsieur ..... né le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

et demeurant à : .....

**Numéro de Sécurité sociale**

Clé

## 1 Régime de base

- ☐ ne seront pas assimilées à des périodes d'activité libérale au titre du régime de base désigné ci-dessus
- ou
- ☐ relèvent pour leur validation du régime désigné ci-dessus

## 2 Régime complémentaire

- ☐ sont susceptibles d'être prises en compte par le régime complémentaire mais l'intéressé n'a pas formulé de demande de rachat à ce jour
- ou
- ☐ ont fait l'objet d'un rachat auprès du régime complémentaire
- ou
- ☐ ont fait l'objet d'un renoncement définitif à rachat auprès du régime complémentaire
- ou
- ☐ ne seront en aucun cas prises en compte par le régime complémentaire

Date, signature et cachet : 

--	--

--	--

--	--	--	--

--