



CONSEIL DEPARTEMENTAL  
DU MORBIHAN

## MODELE D'ATTESTATION

Je soussigné, Madame/Mademoiselle/Monsieur (*Prénom, Nom*), masseur-kinésithérapeute inscrit sous le n° (...), m'engage par la présente, dans le cadre de ma demande d'autorisation d'utilisation de l'insigne de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes à titre d'enseigne :

- A respecter les modalités prévues par le règlement d'usage de l'insigne de la profession ;
- A n'utiliser aucun moyen de publicité notamment sur la vitrine ou sur la façade de mon cabinet ;
- A retirer, le cas échéant et dans un délai de six mois à compter de la réception de mon autorisation de mise place de l'enseigne, les publicités apposées sur la façade et/ou la vitrine de mon cabinet.

Fait à (...)

Le (...)

*Prénom, Nom,*

---

*Conseil Départemental des Masseurs Kinésithérapeutes du Morbihan*

Décret n°2006 – 270 du 07 mars 2006 - SIRET 497 484 345 00010

**Centre d'affaires du Ténéno - 10, rue du Docteur Audic - 56000 VANNES**

Tél. : 02 97 63 84 68 - Courriel : [cdo56@ordremk.fr](mailto:cdo56@ordremk.fr)