DECLARATION DE REMPLACEMENT POUR REMPLACEMENT ULTERIEUR

à adresser au :
CONSEIL DEPARTEMENTAL DU VAL D'OISE DE L'ORDRE DES MEDECINS
25 avenue Gavignot, 95230 Soisy-sous-Montmorency

Le Docteur (nom et prénom)

Exerçant à

(adresse complète et adresse courriel)

a l'honneur de solliciter de Monsieur le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Val d'Oise, l'autorisation de se faire remplacer :

du _____

du _____

du _____

du _____

du _____

du _____

du _____

Par Mlle, M. ou Mme _____ (nom et prénom)

Demeurant à _____
(adresse complète)

Inscrit(e) au Tableau départemental de l'Ordre des Médecins de _____

Sous le n° _____

OU

Titulaire de la licence de remplacement n° _____

Délivrée le _____ par le Conseil de l'Ordre _____

<u>Prière d'accompagner chaque demande de remplacement des pièces suivantes</u> :

- la copie de la licence de remplacement en cours de validité ;

OU

- la copie de la carte d'inscription au tableau, accompagnée d'une attestation de qualification du Conseil de l'Ordre (si le remplaçant est spécialiste).