

## ATTESTATION

(Imprimé à retourner dans les meilleurs délais SVP)

Je soussigné(e) Docteur \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille \_\_\_\_\_

N° inscription au tableau du Val de Marne \_\_\_\_\_

Adresse personnelle \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_

### DESIRE :

(Veuillez cocher la case correspondant à votre situation)

être **RADIE(E)** du tableau de l'Ordre des Médecins

être inscrit(e) au Conseil National sur la **Liste spéciale des médecins résidents à l'étranger**<sup>1</sup>

**Date d'arrêt de votre activité dans le Val de Marne :** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

DATE

SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Cet archivage est réservé aux médecins étrangers qui souhaitent conserver une inscription au tableau en France en vue d'un éventuel retour