

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**¹

Date d'arrêt de votre activité dans le Val de Marne : ___/___/___.

DATE

SIGNATURE

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'Ordre des médecins sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition et d'effacement des données les concernant, qu'elles peuvent exercer par courrier postal ou par courrier électronique.

¹ Cet archivage est réservé aux médecins étrangers qui souhaitent conserver une inscription au tableau en France en vue d'un éventuel retour