

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
 que mon dossier soit **TRANSFERE** pour le Conseil départemental _____

être inscrit(e) au Conseil National sur la **Liste spéciale des médecins résidants à l'étranger**¹

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

Adresse d'exercice dans le nouveau département : _____

Date de début du nouvel exercice : _____

DATE

SIGNATURE

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