



NOM (sous lequel vous désirez être inscrit au Tableau de l'Ordre, pour les femmes mariées) :

.....

Prénom :

ADRESSE DOMICILE :

.....



PREMIERE INSCRIPTION

TRANSFERT DE DOSSIER

TRANSFERT DE DOSSIER / MEDECIN RETRAITE

MEDECIN NOUVEAU REGIME

MEDECIN ANCIEN REGIME

MEDECIN DE L'UNION EUROPEENNE

MEDECINE GENERALE

DES OU CES :

DATE DU DIPLOME : ----- / ----- / -----

MEDECIN P.A.C.

MED AYANT OBTENU L'AUTORISATION MINISTERIELLE

DATE DEPOT DE DOSSIER : ----- / ----- / -----

DEPOT DES CONTRATS : OUI NON

ANTECEDENTS :

DEPARTEMENT AYANT DELIVRE LA LICENCE DE REMPLACEMENT :

SANCTION DISCIPLINAIRE ? OUI NON

INSTRUCTION EN COURS ? OUI NON

SERVICE MILITAIRE : EFFECTUE REFORME EXEMPTÉ

CAUSE DE REFORME OU D'EXEMPTION :

MEDECIN EN TRANSFERT DE DOSSIER :

INSTALLATION ANTERIEURE : OUI NON

EXERCICE ANTERIEUR : HOSPITALIER SALARIE DISPENSARE AUTRE

CHANGEMENT DE MODE D'EXERCICE PREVU : OUI A QUELLE DATE ? ---- / ---- / -----
NON

Je certifie sur l'honneur les renseignements fournis et m'engage à signaler par écrit au Conseil départemental tout changement (domicile, adresse professionnelle, activité, cessation, qualification).

DATE : ----- / ----- / -----

SIGNATURE :



RAPPEL DE LA DEONTOLOGIE :

A VERIFIER PAR LE CONSEILLER RAPPORTEUR :

PROJET D'ENTETE D'ORDONNANCE

PROJET DE PLAQUE PROFESSIONNELLE

PROJET D'ANNONCE D'INSTALLATION

DIVERS :

NOM DU CONSEILLER RAPPORTEUR :

L'INSCRIPTION NE POSE PAS DE PROBLEME

L'INSCRIPTION POSE UN PROBLEME DE : **DEONTOLOGIE** **CONTRAT** **AUTRE**

Observations éventuelles :

DATE DE L'ENTREVUE : ----- / ----- / -----

SIGNATURE DU CONSEILLER RAPPORTEUR :

POUR LES MEDECINS DE L'UNION EUROPEENNE :

ADRESSE DANS LE PAYS D'ORIGINE :

TEL :

DATE PREVUE DE CESSATION D'ACTIVITE DANS LE VAL DE MARNE :

Je m'engage à prévenir le Conseil départemental dès ma cessation d'activité médicale en France.

DATE : ----- / ----- / -----

SIGNATURE :