

**DÉCLARATION POUR UN RENOUVELLEMENT
DE CONTRAT DE REMPLACEMENT
RÉGULIER ET DE COURTE DURÉE**

A adresser au CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE
LA SEINE-SAINT-DENIS - 2, Rue Adèle - 93250 VILLEMOMBLE -
Tél : 01.45.28.08.64 - Fax : 01.48.94.35.50

Le Docteur :

exerçant à :

spécialité :

**A L'HONNEUR DE SOLLICITER DE MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU CONSEIL
DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE LA SEINE-SAINT-DENIS,
L'AUTORISATION DE RENOUVELER LE CONTRAT DE REMPLACEMENT
RÉGULIER ET DE COURTE DURÉE POUR :**

La période allant du : au

les jours suivants et les horaires :

par M
(nom et prénom en lettres capitales)

adresse :

inscrit au Tableau de l'Ordre départemental de :

sous le n° :

ou

titulaire d'une licence de remplacement n° :

délivrée le par le Conseil départemental de l'ordre des Médecins

de

Fait le :

Signature du Médecin remplaçant :

Signature du Médecin remplacé :

*"J'atteste n'avoir aucun exercice
médical pendant la durée de ce
remplacement."*