

Merci de compléter ce document si vous désirez apparaître sur la liste des étudiants titulaires d'une licence de remplacement que le Conseil communique aux médecins désirant se faire remplacer.

Je, soussigné(e),
autorise le Conseil Départemental du Gard de l'Ordre des Médecins à
communiquer mes coordonnées aux médecins à la recherche de remplaçants.

NOM :
Prénom

Discipline exercée :.....

Adresse :
.....
.....

Téléphone :.....
.....

Adresse électronique :.....

Fait à
Le.....

Signature :