



المجلس الجهوي بتونس لعامة الاطباء
Conseil Régional de Tunis de l'Ordre des Médecins

DEMANDE DE REMPLACEMENT

Médecin à remplacer

Nom :

Prénom :

Adresse Professionnelle :

.....

.....

N° d'Inscription au T. O :

Spécialité:

Mode d'exercice :

N° de Portable :

Signature

Médecin remplaçant

Nom :

Prénom :

Adresse Professionnelle :

.....

.....

N° d'Inscription au T. O :

Spécialité:

Mode d'exercice :

N° de Portable :

Signature

Remplacement demandé

du/...../200 au/...../200

Avis du Conseil Régional de Tunis :

Accordé

Refusé

Remarque :

Le Président du Conseil Régional de Tunis de l'Ordre des Médecins certifie que le Docteur :

.....

sera remplacé (e) par

du/...../200 au/...../200

Signature

Partie à envoyer au médecin remplacé qui doit la présenter en cas de contrôle.