

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA CHARENTE



Monsieur le Président du
Conseil Départemental de la Charente
De l'Ordre des Médecins
23 rue Leyssenot
16160 GOND-PONTOUVRE

Objet : **CHANGEMENT DE DEPARTEMENT**
Demande de Transfert

Je soussigné(e), Docteur.....

N° Inscription au Tableau de la Charente : 16/.....

Demande le transfert de mon dossier au Conseil départemental :

Adresse d'exercice en Charente	Adresse d'exercice nouveau département
Date de fin d'activité :/...../.....	Date de début d'activité :/...../.....

Pour les médecins effectuant uniquement des remplacements ou sans activité,
Merci de nous indiquer ci-après **l'adresse de domicile dans le nouveau département :**

.....
.....
.....

Observations :

Fait à....., le.....

Signature :