

*Merci de compléter ce document si vous désirez apparaître sur la liste des étudiants titulaires d'une licence de remplacement.*

**Je, soussigné (e) M. ....**

**autorise le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Bouches-du-Rhône, à communiquer mes coordonnées aux médecins à la recherche de remplaçants.**

**NOM : ..... Prénom : .....**

**Discipline Exercée : .....**

**Adresse :**

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

**Téléphone : .....**

**Mail : .....**

**A Marseille, le .....**