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 ……