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 .....

Signature