

Je, soussigné(e) M. _____

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

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Discipline Exercée : _____

ADRESSE :

TÉLÉPHONE : _____

EMAIL : _____

Marseille, le _____

SIGNATURE :