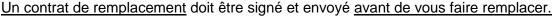
Annexe à renvoyer <u>par mail au format A4</u> à l'adresse suivante : <u>juhel.stephanie@ordre.medecin.fr</u>

Article 65 du Code de déontologie médicale (art. R.4127-65 du Code de la santé publique) : « [...] Le médecin qui se fait remplacer doit en informer **préalablement**, sauf urgence, le conseil de l'Ordre dont il relève [...] ».



L'annexe calendaire précise vos jours de remplacement et peut être envoyée à postériori, à la fin de chaque mois.



MEDECIN REMPLACÉ (entête lisible pour un retour par voie postal) Zone réservée au CDOM - date de réception Nom-Prénom: Adresse: Code postal: Ville: MEDECIN REMPLAÇANT Nom – Prénom ⇒ Fin du contrat ⇒ RPPS ⇒ Conseil Départemental ⇒ Numéro de licence_⇒ ou N° d'inscription à l'ordre_⇒ **REMPLACEMENTS SPORADIQUES (hors gardes)** Quel mois (1 seul mois)? Matin Après midi Soir REMPLACEMENTS RÉCURRENTS (hors gardes) Quel(s) mois (max 3 mois)?.... Tous les: ☐ LUNDIS ☐ MARDIS ☐ MERCREDIS ☐ JEUDIS □ VENDREDIS ☐ SAMEDIS ☐ DIMANCHE Sauf le(s): REMPLACEMENTS DE GARDES (dates et horaires précis) Zone réservée au CDOM Date, cachet et signature du Date, cachet et signature du médecin remplacé médecin remplaçant VISA DE L'ORDRE