

Annexe à renvoyer par mail au format A4 à l'adresse suivante : [juhel.stephanie@ordre.medecin.fr](mailto:juhel.stephanie@ordre.medecin.fr)  
 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 [...] ».



Un contrat de remplacement doit être signé et envoyé avant de vous faire remplacer.

L'annexe calendrier 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)

Nom-Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

**Zone réservée au CDOM – date de réception**

**MEDECIN REMPLAÇANT**

Nom – Prénom ⇒ ..... Fin du contrat ⇒ .....

RPPS ⇒ ..... Conseil Départemental ⇒ .....

Numéro de licence\_⇒ ..... ou N° d'inscription à l'ordre\_⇒ .....

**REPLACEMENTS SPORADIQUES (hors gardes)**

**Quel mois** (1 seul mois) ? .....

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Matin																															
Après midi																															
Soir																															

**REPLACEMENTS RÉCURRENTS (hors gardes)**

**Quel(s) mois** (max 3 mois) ? .....

**Tous les :**       LUNDIS                       MARDIS                       MERCREDIS  
                           JEUDIS                       VENDREDIS                       SAMEDIS                       DIMANCHE

**Sauf le(s) :** .....  
 .....

**REPLACEMENTS DE GARDES (dates et horaires précis)**

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

**Date, cachet et signature du médecin remplacé**

**Date, cachet et signature du médecin remplaçant**

**Zone réservée au CDOM  
 VISA DE L'ORDRE**