

Annexe à renvoyer par mail au format A4 à l'adresse suivante : remplacement.78@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)

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_⇒

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**