

AVIS DE REMPLACEMENT

Je soussigné (e),

Nom et prénom

N° de conventionnement

Exerçant la profession de :

MÉDECIN

MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

ORTHOPHONISTE

INFIRMIER

CHIRURGIEN-DENTISTE

SAGE-FEMME

ORTHOPTISTE

PÉDICURE-PODOLOGUE

Cochez la case correspondante

Déclare être remplacé(e) par :

Nom et prénom du remplaçant

DATES DU/DDES REMPLACEMENT(S)

Du : ____ / ____ / ____ Au : ____ / ____ / ____ inclus

Du : ____ / ____ / ____ Au : ____ / ____ / ____ inclus

Du : ____ / ____ / ____ Au : ____ / ____ / ____ inclus

Du : ____ / ____ / ____ Au : ____ / ____ / ____ inclus

Observations : _____

Fait pour servir et valoir ce que de droit,

Le ____ / ____ / ____

Signature