



Conseil départemental du Val de Marne

Remplacement par un étudiant

AVENANT AU CONTRAT N° L...../.....

INSCRIRE OBLIGATOIREMENT LE N° DU CONTRAT

- REMPLACEMENT REGULIER REMPLACEMENT
 REMPLACEMENT PONCTUEL

Remplacement du Docteur :

.....

Par M, Mme, Melle¹ :

Demeurant

N° URSSAF :

N° de licence : Dpt : délivrée le :/...../..... valable jusqu'au :/...../.....

Prolongation du contrat (3 mois maximum) : du..... au.....

Dates de remplacement :

Motifs (*pour les remplacements inhabituellement prolongés ou répétés, il est important de fournir au Conseil quelques éléments d'appréciation*) :

Date :/...../.....

Signature du remplaçant :

Cachet et signature du médecin remplacé ² :

Article 65 : Un médecin ne peut se faire remplacer dans son exercice que temporairement et par un confrère inscrit au tableau de l'ordre ou par un étudiant remplissant les conditions prévues par l'article L.4131-2 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 en indiquant les nom et qualité du remplaçant ainsi que les dates et la durée du remplacement.

Le remplacement est personnel.

Le médecin remplacé doit cesser toute activité médicale libérale pendant la durée du remplacement.

AVIS DU CONSEIL DE L'ORDRE

- AVIS FAVORABLE**
sous réserve de transmission de :
 copie de la licence de remplacement
 copie de l'attestation d'assurance
- AVIS DEFAVORABLE**

Date et cachet de l'Ordre :

¹ Ecrire lisiblement et en lettres capitales

² Signature obligatoire des 2 parties

Nous vous rappelons que les dates qui sont antérieures à la réception de cet avenant ne peuvent être validées par le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins et il est impératif pour les prochains remplacements de nous les faire parvenir avant que le remplacement soit effectué.