

Demande d'autorisation de remplacements réguliers

(article 65 du code de déontologie médicale)

Je soussigné(e) Docteur

Exerçant à

.....

Sollicite un remplacement régulier pour la période :

du au

à raison de jours/demi-journées* par semaine (énumérer) :

.....

pour le motif suivant :

.....

Par :

1^{ère} demande

Renouvellement

Fait à, le

Signature + Cachet

* Rayer la mention inutile