

Merci de compléter ce document si vous désirez apparaître sur la liste des étudiants titulaires d'une licence de remplacement.

Je, soussigné (e) M.
autorise / n'autorise pas le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Aisne à communiquer mes coordonnées aux médecins à la recherche de remplaçants.

NOM :..... Prénom :

Discipline Exercée :

Adresse :

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

Téléphone :

Mail :

le