



Conseil Départemental de la Loire de l'Ordre des Médecins
8 rue de l'Artisanat - 42270 SAINT PRIEST EN JAREZ
Tél. : 04.77.59.11.11 - Fax : 04.77.57.04.27 - loire@42.medecin.fr

FORMULAIRE « DEMANDE DE TRANSFERT »

**A compléter et à nous retourner par mail ou par courrier
en cas de changement de département**

Je soussigné(e) Docteur :

Nom et prénom d'exercice :

N° inscription au Tableau : 42/..... N° RPPS

Adresse actuelle de correspondance

Tél. : Mail :

Demande à être radié(e) du Tableau du Conseil Départemental de la Loire de l'Ordre des Médecins, et que mon dossier ordinal soit transféré au Conseil Départemental du / de :

.....

Veillez préciser :

la date de cessation de votre activité principale dans la Loire :

la date de cessation de vos autres activités le cas échéant dans la Loire :

la date de début d'exercice dans le département cible :

vos future activité principale dans le département cible :

installation libérale activité régulière salariée activité régulière hospitalière

activité intermittente (libérale et/ou salariée) autre (à préciser)

vos coordonnées dans le département cible :

professionnelles

personnelles

Conservez-vous un (ou plusieurs) site(s) d'exercice dans la Loire ?

Je n'exerce plus aucune activité dans le département de la Loire

Je conserve la ou les activités suivantes :

.....

Fait à le SIGNATURE (obligatoire)