

INSCRIPTION SUR LA LISTE DES REMPLACANTS

Nous vous serions extrêmement reconnaissants de nous renvoyer le coupon ci-dessous, dûment rempli, **si vous souhaitez être inscrit(e) sur la liste des remplaçants.***

ETAT-CIVIL :

- NOM :
- NOM DE NAISSANCE :
- PRENOMS :
- ADRESSE PERSONNELLE :
.....
- ADRESSE MAIL :
- TELEPHONE :

ACTIVITE PRINCIPALE :

- Médecine générale
- Spécialiste Préciser la spécialité

STATUT ACTUEL :

- Thésé(e) : N° d'Ordre
- Etudiant : N° de licence

Département d'inscription :

*** Une fois inscrit sur la liste, veuillez nous faire parvenir tout changement de situation qui ne vous permettrait plus d'y figurer. Merci.**