



## DEMANDE D'AUTORISATION DE REMPLACEMENT

### Situation Actuelle

**Nom** : .....  
**Prénom** : .....  
**N° d'Inscription** : .....  
**Téléphones**  
- Professionnel : .....  
- GSM : .....  
**E-mail** : .....

A  
Monsieur le Président du Conseil  
Régional de l'Ordre National des Médecins  
Région du .....

### Monsieur (Madame) le(a) Président(e)

Conformément aux dispositions des articles 47 à 54 de la loi 131.13, relative aux remplacements des Médecins à titre privé, j'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir me faire remplacer par le Dr....., médecin Inscrit au Tableau de l'Ordre National des Médecins sous le N°..... au secteur :

Ce remplacement couvre la période allant du ..... Au.....

Ci-joint les documents demandés.

Veillez agréer, Monsieur (Madame) Le(a) Président (e), l'expression de ma considération distinguée.

**Le remplaçant**

**Signature et cachet du remplacé**