



N°...../Crom

**le Président du Conseil Régional
de l'Ordre National des Médecins
Région du**

AUTORISATION DE REMPLACEMENT

Cher confrère,

Suite à votre demande datée du.....et conformément à l'article 47 de la loi n°131.13 relatif aux remplacement des médecins privé, j'ai l'honneur de vous faire savoir que vous êtes autorisé(é) à vous faire remplacer dans votre cabinet médical par le docteur.....

Pour la période allant du au.....

Veillez agréer, chère Consœur ou cher Confrère, l'expression de ma considération distinguée.

* Conformément aux dispositions des articles (47 à 54) de la loi n°131.13 et l'article 14 du décret pour l'application de la loi précitée

AA01