

50 rue du 71^e RI –22044 SAINT BRIEUC Cedex 2
Tél. 02 96 33 08 54
Fax.02 96 77 17 07

Mail: cotes-armor@22.medecin.fr

Objet: demande d'attestation

Docteur:

Nom :

Prénom:

N° Départemental:

Ou

N° RPPS:

Adresse de correspondance

Tél:

Mail:

Vous prie de bien vouloir m'adresser une attestation d'inscription au tableau de l'Ordre.

Préciser, ci-après, les raisons pour lesquelles vous solliciter la délivrance de l'attestation :

Fait à _____ le _____

Signature

PS: Afin que le Conseil s'assure de l'identité et de la qualité de médecin du demandeur, joindre impérativement une copie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité ou passeport).