

DEMANDE D'INSCRIPTION AU TABLEAU DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA VILLE DE PARIS

Dans le cas d'un changement de département d'inscription, suite à une nouvelle situation, adresser votre **DEMANDE D'INSCRIPTION** au **CDOM75 (105 boulevard Pereire – 75017 PARIS)** en **RECOMMANDE AVEC ACCUSE DE RECEPTION**.

Exemple de lettre

N° d'inscription du précédent département

NOM, Prénom

Adresse :

Tél :

Monsieur le Président,

« Je demande, par la présente, mon inscription au Tableau du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Ville de Paris pour les raisons suivantes » :

Préciser votre nouvelle situation. Voici quelques suggestions :

- J'ai changé d'hôpital, de centre de santé, de local professionnel libéral, depuis le / / ou, à compter du / /
- Mon activité principale sera désormais dans votre département (75), mais je conserverais, par ailleurs, une ou des activités dans d'autres départements. Préciser adresses, lieux et dates, si possible, de début de ces activités...
- J'ai cessé mon activité dans mon département d'origine, depuis le / / ou, à compter du / / , et je suis domicilié(e) à Paris...
- Je n'exerce pas et j'ai déménagé dans votre département depuis le / /
- Médecin effectuant uniquement des remplacements, j'ai déménagé dans votre département depuis le / /
- Médecin non exerçant depuis le / / , j'envisage de reprendre une activité professionnelle sur le territoire de la Ville de Paris. Préciser les modalités ; remplacements, activité hospitalière, libérale et/ou salariée.

« Je vous informe avoir demandé, par courrier posté le / / , au Président du Conseil où j'étais précédemment inscrit, ma radiation de son Tableau et le transfert de mon dossier à votre Conseil départemental. »

« Dater et Signer »

NB : Joignez, si possible, vos nouveaux contrats d'exercice sur le territoire de la Ville de Paris, ainsi que tout autre contrat ou justificatif d'exercice qui n'aurais pas été communiqué à l'Ordre.

NOM Prénom

Adresse :

Tél :

E-mail :

Monsieur le Président
CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE
DES MEDECINS DE LA VILLE DE PARIS
105, boulevard Pereire

75017 PARIS

Fait à _____, le _____

Objet : Demande d'inscription au tableau de l'Ordre

Monsieur le Président,

Conformément à l'article L.4112-1 du code de la santé publique, j'ai l'honneur de vous présenter ma demande d'inscription au Tableau de votre Conseil départemental.

Je vous joins à cet effet :

Mon questionnaire d'inscription, en double exemplaire, dûment rempli, daté et signé,
Une photographie d'identité récente,
Une photocopie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité,
Deux photocopies du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine,
Deux photocopies du Diplôme d'Etudes Spécialisées,
Un relevé d'internat à jour ou relevé de cursus,
Une photocopie de tout diplôme complémentaire (DESC, DU, DIU, CAPACITE...)
Les contrats, avenants et ou promesse d'embauche,
Une attestation d'assurance responsabilité civile professionnelle.

Vous en souhaitant bonne réception,

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes salutations confraternelles.

Signature