

AVENANT AU CONTRAT DE REMPLACEMENT

Entre

Le **Docteur** : Prénom.....NOM :

Adresse du remplacement :

7 5 _ _ _ PARIS

qualifié en

inscrit au Conseil de l'Ordre de Paris sous le n° _ _ _ _ _

Et

Madame / Monsieur : Prénom :NOM :

domicilié :

qualifié en

inscrit au Conseil de l'Ordre (n° département): _ _ _ et titulaire d'une licence de remplacement

n° _ _ _ _ _

Conformément au **contrat initial signé le**....., les soussignés ont convenu, d'un commun accord, de le **renouveler** selon les mêmes dispositions,

pour une période demois (maximum 3 mois)

du ___ / ___ / 20 ___ au ___ / ___ / 20 ___

Pour les remplacements réguliers (préciser les jours et le motif) :

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> lundi | <input type="checkbox"/> matin | <input type="checkbox"/> après-midi |
| <input type="checkbox"/> mardi | <input type="checkbox"/> matin | <input type="checkbox"/> après-midi |
| <input type="checkbox"/> mercredi | <input type="checkbox"/> matin | <input type="checkbox"/> après-midi |
| <input type="checkbox"/> jeudi | <input type="checkbox"/> matin | <input type="checkbox"/> après-midi |
| <input type="checkbox"/> vendredi | <input type="checkbox"/> matin | <input type="checkbox"/> après-midi |
| <input type="checkbox"/> samedi | <input type="checkbox"/> matin | <input type="checkbox"/> après-midi |

MOTIF :

.....
.....

Fait à Paris, le

Docteur
signature

Docteur
signature