

**LE CONSEIL DEPARTEMENTAL
DE LA VILLE DE PARIS DE L'ORDRE DES MEDECINS**

105 Boulevard Pereire – 75017 PARIS – Tél. 01 44 43 47 00 – Fax. 01 47 23 58 94

Site Internet : www.cdom75.fr – Mail : paris@75.medecin.fr

Objet : demande d'attestation

Docteur :

Nom : **N°Départemental :**

Prénom : **ou N°RPPS :**

Adresse de correspondance : **Tél :**

..... **Mail :**

.....

Vous prie de bien vouloir lui 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).