

Dr. :.....
CIN :.....
Tel. :.....
N° d’Inscription au T.O.N.M :
Ou N° d’autorisation SGG:.....

ENGAGEMENT*

Je soussigné Dr.....m’engage et certifie par la présente,
qu’à ce jour aucun médecin de la même spécialité que la mienne.....
.....n’est installé dans le même immeuble où j’ai
élu domicile.....
.....

Fait à, le :.....
Dr.....

(*)Conformément à la disposition de l’Article **72** du code de déontologie.