



DEMANDE DE FERMETURE DE CABINET

Situation Actuelle

Nom :

Prénom :

N° d'Inscription :

Téléphones

- Professionnel :

- GSM :

E-mail :

A

Monsieur le Président du Conseil National
de l'Ordre National des Médecins

RABAT

S/C

de Monsieur le Président du Conseil
Régional de l'Ordre National des Médecins
Région du

Monsieur (Madame) le(a) Président(e)

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir m'accorder l'autorisation de fermeture de mon ancien cabinet médical.

sis à :

raison :

à compter du

Veuillez agréer, Monsieur (Madame) Le(a) Président (e), l'expression de ma considération distinguée.

Cachet Signature