



N°...../Crom

**Le Président du Conseil Régional
de l'Ordre National des Médecins
Région du**

DECISION DE CHANGEMENT D'ADRESSE PROFESSIONNELLE

- Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°131.13 relative à l'exercice de la médecine ;
- Vu la demande du Dr..... en date du..... ;
- Après instruction du dossier de l'intéressé.

Le(a) Président(e) du conseil régional de l'Ordre National des Médecins de

DECIDE

Le changement du domicile professionnel du
Dr.....Demeurant à :inscrit au Tableau de
l'Ordre National des Médecins au secteur à
....., sous N°..... du.....

De : Ancienne adresse (Pce)

A : Nouvelle adresse (Pce)

Copies pour information transmises à :

- Mr. le Président du Conseil National de l'Ordre National des Médecins.
- Mr. le Gouverneur de la province ou préfecture (Ancienne).
- Mr. le Gouverneur de la province ou préfecture (Nouvelle).

* Conformément aux dispositions des articles (9 et 10) de la loi n°131.13

