



Demande de Remplacement

Par :

Nom du remplaçant : _____

Un médecin N° d'ordre : _____ Département d'inscription _____

Un étudiant N° de licence : _____ Département d'inscription _____

Contrat de Remplacement : joint en possession du Conseil de l'ordre

Annuel^(*) temporaire

() Attention, pour les contrats signés avec les étudiants, le contrat annuel ne peut dépasser la date du 15 novembre de l'année en cours - date de fin de validité de leur licence de remplacement)*

Veillez inscrire les dates de remplacement

Ne sont pas décomptés comme jours de remplacement : les samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés, ainsi que les jours de gardes.

Réservé au CDOMJ

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

dont les gardes *(si le remplaçant assure des gardes durant le remplacement, merci de préciser les tranches horaires)*

du _____	à _____	au _____	à _____
du _____	à _____	au _____	à _____
du _____	à _____	au _____	à _____
du _____	à _____	au _____	à _____
du _____	à _____	au _____	à _____
du _____	à _____	au _____	à _____

Le

Cachet ET signature du Médecin remplacé

Cadre réservé au Conseil de l'Ordre du Jura