



Conseil Départemental de L'Ordre
des Médecins du Jura

INSCRIPTION SUR LA LISTE DES REMPLAÇANTS

NOM : _____

Prénom : _____

N° de téléphone : _____

Vous êtes : Médecin thésé Etudiant

Votre département d'inscription à l'Ordre : _____

Votre N° d'inscription au tableau / votre n° de licence : _____

Si vous avez des remarques ou demandes particulières pour effectuer des remplacements, merci de nous les transmettre.
