



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.

---

---

---

---

---

---

---

---