



Ordre des Médecins  
Conseil Départemental du Loiret

Le Président

### **DOSSIERS MEDICAUX**

<p><b>IMPRIME A RETOURNER IMPERATIVEMENT DANS LES MEILLEURS DELAIS AU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DU LOIRET</b></p>
---

Docteur :

spécialité :

demeurant :

Tél. :

**a cessé d'exercer \*à compter du ou \*depuis le :**

à l'adresse suivante :

**s'engage à :**

1) \* conserver les dossiers médicaux « papier » ainsi que les dossiers informatiques à l'adresse suivante (**en aucun cas cette adresse ne sera divulguée**) :

Tél. :

2) \* a remettre les dossiers médicaux « papier » ainsi que les dossiers informatiques, \* à compter du ou \* depuis le :

au docteur :

exerçant à l'adresse suivante :

Tél. :

Date, signature et tampon du médecin acceptant cette mission

Date, signature et tampon du médecin cessant son activité libérale

**NB : Nous vous rappelons que vous devez conserver vos attestations de responsabilité civile professionnelle pendant 30 ans après votre cessation d'activité (vous-même et vos ayant-droits).**

\* : Prière de rayer les mentions inutiles.