



Ordre des Médecins
Conseil Départemental du Loiret

Le Président

DOSSIERS MEDICAUX

IMPRIME A RETOURNER IMPERATIVEMENT DANS LES MEILLEURS DELAIS AU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DU LOIRET

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.