



Ordre des Médecins  
Conseil Départemental du Loiret

## ATTESTATION

**Je soussigné(e) Docteur :**

**Nom de jeune fille :**

**N° inscription au tableau du Loiret :**

**Adresse personnelle :**

**Tél :**

**Souhaite :**

*(Veuillez cocher la case correspondante à votre situation)*

☐ **Être radié(e) du tableau de l'Ordre des médecins**

☐ **Être inscrit (e) au Conseil National sur la liste spéciale des médecins résidents à l'étranger** *(archivage réservé aux médecins étrangers qui souhaitent conserver une inscription au tableau en France en vue d'un éventuel retour)*

**Date d'arrêt de votre activité dans le Loiret :**        /        /

**Date**

**Signature**

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'Ordre des médecins sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition et d'effacement des données les concernant, qu'elles peuvent exercer par courrier postal ou par courrier électronique

Ordre des Médecins - Conseil Départemental du Loiret  
122 bis, rue du Faubourg Saint-Jean - CS 15820 - 45058 ORLEANS CEDEX 1  
Tél : 02.38.88.50.13 - cd.45@ordre.medecin.fr - www.cdom45.fr