



Je soussigné(e) Dr :

Numéro Départemental :

Numéro RPPS :

Vous informe :

Avoir cessé mon activité libérale en date du _____

Avoir cessé mon activité salariée en date du _____

Dernier lieu d'exercice :

.....

.....

Je souhaite :

1 - Rester inscrit(e) au Tableau de l'Ordre (*vous gardez la possibilité de faire des ordonnances à vos proches et vous-même à titre gratuit.*)

2 - La radiation de mon dossier (*vous ne pourrez plus prescrire d'ordonnances*)

Le Conseil peut me contacter à cette adresse :

.....

.....

.....

Mail :

Numéro de téléphone :

Fait à : le : _____

Signature :