



Conseil départemental de la Nièvre de l'ordre des médecins

2, rue du Ravelin 58000 Nevers

nievre@ordre.medecin.fr

Je soussigné(e) Dr :

Numéro départemental :

Vous informe :

Avoir cessé mon activité libérale en date du / /

Avoir cessé mon activité salariée en date du / /

Dernier lieu d'exercice :

.....
.....
.....

Je souhaite :

Rester inscrit(e) au Tableau de l'Ordre en qualité de médecin retraité n'ayant conservé aucune activité médicale rémunérée, engendrant le règlement d'une cotisation annuelle minorée (vous gardez la possibilité de faire des ordonnances à vos proches et vous-même à titre gratuit.)

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

Le Conseil peut me contacter à cette adresse :

.....
.....
.....

Mail : Téléphone :

Fait à : Le / /

Signature :