



DEMANDE DE CESSATION PROVISoire D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Situation Actuelle

Nom :
Prénom :
N° d'Inscription :
Téléphones
- Professionnel :
- GSM :
E-mail :

A

Monsieur le Président du Conseil National
de l'Ordre National des Médecins

RABAT

S/C

de Monsieur le Président du Conseil
Régional de l'Ordre National des Médecins
Région du

Monsieur (Madame) le(a) Président(e)

J'ai l'honneur de vous demander de bien vouloir m'accorder l'autorisation de fermeture

provisoire de mon cabinet médical.

sisà :
raison :
à compter du

Veillez agréer, Monsieur (Madame) Le(a) Président (e), l'expression de ma considération
distinguée.

Cachet Signature