



N°...../Crom

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

CESSATION DEFINITIVE D'ACTIVITE

Le conseil Régional de l'Ordre National des Médecins de, a pris acte de la demande du Docteur, médecin généraliste ou spécialiste en, inscrit au Tableau de l'Ordre National des Médecins au secteurà....., depuis le sous le n°....., par laquelle il informe le Conseil par courrier reçu le de sa décision de fermeture définitive de son cabinet à compter du

Cette attestation est établie à la demande de l'intéressé et délivrée pour servir et valoir ce que de droit.