

Nom : Nom de jeune fille :
Prénom :
Né(e) le : à :

COORDONNEES PERSONNELLES :

Adresse :
.....
.....
Téléphone fixe : Portable :

Adresse Mail :

COORDONNEES PROFESSIONNELLES : (collaborateurs et installés)

Adresse :
.....
.....
Téléphone fixe : Portable :
Adresse Mail :
Date de début d'installation/collaboration :

JE SUIS :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Remplaçant | <input type="checkbox"/> Chef de Clinique |
| <input type="checkbox"/> Collaborateur libéral | <input type="checkbox"/> Installé depuis moins de 5 ans |

Je suis thésé(e) : OUI NON
Si oui, date de soutenance de thèse :

Je suis inscrit au Conseil de l'Ordre du département :
 54 55 57 88 autre (précisez) :
Numéro de licence (pour les **non thésés**) :
Date d'échéance de la licence de remplacement :
Numéro d'inscription au tableau (pour les **thésés**) :
Numéro RPPS (nouveau numéro d'identification pour tout médecin) :
Année de début d'internat :
Faculté de DCEM :
Faculté de TCEM

J'ai souscrit une assurance RCP (Responsabilité Civile et Professionnelle) :
 OUI NON

J'ai souscrit une assurance pour le maintien de revenus (IJ, maternité...) :
 OUI NON



Nous, soussigné syndicat ReAGJIR Lorraine (REgroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants de Lorraine),
siégeant Centre d'affaires « Les nations » 23, Bd de l'Europe 54500 VANDOEUVRE LES NANCY certifions avoir reçu de

M :

la somme de 50 euros, en règlement de la cotisation syndicale annuelle.

A :
le :

En adhérant à ReAGJIR Lorraine, j'accepte d'être contacté, gratuitement et sans engagement de ma part, par un conseiller AGMF – GPM, partenaire de ReAGJIR Lorraine, pour faire un bilan de ma couverture assurantielle et de ma protection sociale.

Conformément à la législation en vigueur, je peux m'y opposer à tout moment en envoyant un message à l'adresse contact@reagjir-lorraine.com