

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

COORDONNÉES PERSONNELLES :

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

COORDONNÉES PROFESSIONNELLES : (collaborateurs(trices) et installés(es))

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

JE SUIS :

- Remplaçant(e) Chef de Clinique
 Collaborateur(trice) libéral(e) Installé (e) depuis moins de 5 ans

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

Je suis inscrit(e) au Conseil de l'ordre du département :
 54 55 57 88 autre (précisez) :
Numéro de licence (pour les **non thésés(es)**) :
Date d'échéance de la licence de remplacement :
Numéro d'inscription au tableau (pour les **thésés(es)**) :
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



Je soussigné, Irène CONTAL, agissant en qualité de Présidente de ReAGJIR Lorraine (REgroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants de Lorraine), dont le siège social est situé : Centre d'affaires « Les Nations » 23, Bd de l'Europe 54500 VANDOEUVRE LES NANCY, certifie avoir reçu de

M. Mme :

la somme de 60 euros, en règlement de la cotisation syndicale annuelle.

A :
le :