

Démarche : Fichier PS : Remplacement pour un Médecin

Organisme : Service gestion des professionnels de santé 71

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

Formulaire

Ce formulaire en ligne permet à un Médecin de transmettre les informations obligatoires accompagnées de leurs justificatifs pour un remplacement dans la Saône et Loire.

Identification

Civilité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Monsieur

☐ Madame

Votre nom

Votre nom de jeune fille

Votre prénom

Date de naissance

Nationalité

N° de Sécurité Sociale

Fichier PS : Remplacement pour un Médecin

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Copie de votre carte d'assuré social

Situation personnelle

Votre adresse personnelle

Votre adresse email

Votre numéro de téléphone

Situation professionnelle

N° de licence de remplacement

Vous êtes médecin remplaçant

Date d'obtention de la thèse

Obligatoire si pas de N° de licence de remplacement

Lieu d'obtention de la thèse

Précisez Code postal et Ville

Date d'obtention du diplôme

Lieu d'obtention diplôme

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Copie de votre diplôme

Avez vous déjà été remplaçant dans un autre département?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Date de votre 1er jour de remplaçant dans le 71 :

Format jj/mm/aaaa

Fichier PS : Remplacement pour un Médecin

Si vous exercez partiellement votre activité en tant que SALARIE, veuillez indiquer le nom et l'adresse complète de votre employeur

Si vous exercez partiellement votre activité en tant que SALARIE, veuillez indiquer le nom et l'adresse complète de votre employeur

N° d'inscription au Conseil de l'Ordre

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Votre autorisation de remplacement du Conseil de l'Ordre

Tous les formats sauf Office (xls, doc, ppt, pps)

Votre N° Adeli :

Situation à l'égard de l'ARS, N° composé de 9 caractères

Engagement

En cochant cette case, je certifie conforme les saisies et je signe ma déclaration.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Fait à :

Indiquez la commune

Le :

Format jj/mm/aaaa