

N°41	ETUDIANT ET RESIDENT EN POSSESSION D'UNE LICENCE DE REMPLACEMENT		
	Demande d'attribution de Carte de Professionnel en Formation		
Z0	Réservé au GIP "CPS"	N° de formulaire	N° de carte
Z1	N° ETUDIANT E/ 1941..... <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle NOM PATRONYMIQUE : Prénom usuel : L. NOM D'EXERCICE : _____ Prénom usuel : _____		
Z2	PROFESSION : MEDECIN <i>(Indiquer votre future profession)</i>	CONCOURS INTERNAT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Spécialiste <input type="checkbox"/> MEDECINE GENERALE <i>(Indiquer éventuellement votre future spécialité)</i>	<small>Réservé à l'Ordre et à la DDASS</small> table 30
↓			
Z7	Langues parlées par ordre de préférence (cette information est facultative) :		
Z8	Adresse de correspondance :		
	CP :	Commune :	
	Pays :	Téléphone :	
	E-mail :	Fax :	
Z9	Réservé à l'Ordre Date et VISA*		

* Les visas de l'Ordre se réfèrent aux informations du formulaire, relevant respectivement de leurs compétences.

Les informations que nous collectons (exception faite des langues parlées) sont nécessaires à l'émission et à la gestion d'une carte de professionnel de santé à votre nom. En cas de formulaire incomplet, la demande de carte sera rejetée.

Le GIP "CPS" communique les listes établies à la suite d'une mise en opposition de cartes de professionnels de santé aux établissements concernés. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de données vous concernant. Pour toute modification concernant des informations contrôlées par les autorités visant le présent formulaire, vous devez obtenir préalablement de ces autorités un visa des modifications demandées.



OM0194.....