

**VOUS CESSEZ TOUTE ACTIVITE EN FRANCE**  
de manière provisoire ou définitive  
**veuillez compléter ce formulaire**

à retourner :

sur la messagerie sécurisée accessible par **Mon espace** sur le site <https://www.conseil-national.medecin.fr/>  
ou en main propre au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins du Rhône 3 rue de la Part-Dieu 69003 Lyon  
ou à défaut par mail ; dans ce cas merci de mettre à jour vos coordonnées sur **Mon espace** si nécessaire

**Je soussigné(e), Docteur :**

Nom : ..... Prénom : .....

N° Ordre : ..... Ou RPPS : .....

Adresse de correspondance : .....

Tel : ..... Mail : .....

Attention : tout changement de coordonnées de correspondance est à mettre à jour par vous-même sur votre espace ordinal ou en présentiel au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins le plus proche muni de votre carte d'identité.

**↓ Vous n'avez plus aucune adresse (domicile ou exercice) en France ↓**

Vous exercez à l'étranger	<input type="checkbox"/> Je souhaite ma radiation du Tableau du CDOM et m'inscrire sur la Liste spéciale <sup>1</sup> Pays d'établissement : ..... Durée (+ de 6 mois) : ..... Modalités d'exercice : .....
Vous exercez à l'étranger ET travaillez en France occasionnellement (maximum 3 mois) <i>ressortissant d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Suisse</i>	<input type="checkbox"/> Je souhaite ma radiation du Tableau du CDOM et m'inscrire sur la Libre Prestation de Service <sup>3</sup>
Vous n'exercez pas dans un pays étranger ou souhaitez tout simplement demander votre retrait	<input type="checkbox"/> Je souhaite ma radiation du Tableau du CDOM <sup>2</sup>
Merci de préciser la date de cessation de votre activité en France : ____ / ____ / ____	

**↓ Vous avez une adresse personnelle en France ↓**

<input type="checkbox"/> Je souhaite rester inscrit(e) au Tableau du C.D.O.M. en tant que <b>médecin non exerçant la médecine</b> <sup>4</sup>
<input type="checkbox"/> Je souhaite ma radiation du Tableau du C.D.O.M <sup>2</sup>
A compter du : ____ / ____ / ____

A :	Le : ____ / ____ / ____	Signature :
-----	-------------------------	-------------

<sup>1</sup> Dossier ordinal transmis au Pôle Liste spéciale, de manière temporaire ou définitive, cotisation annuelle à régler au Conseil National.

<sup>2</sup> Dossier ordinal archivé au Conseil National de manière temporaire ou définitive, aucune cotisation, aucune possibilité de faire des ordonnances, même familiales.

<sup>3</sup> Dossier ordinal archivé au Conseil National de manière temporaire ou définitive, aucune cotisation, exercice occasionnel en France possible sous réserve de l'acceptation de votre demande par le Conseil National.

<sup>4</sup> Vous restez inscrit au tableau du CDOM, règlement d'une demi cotisation annuelle, possibilité de faire des ordonnances familiales. Votre inscription au Tableau n'est plus obligatoire car vous n'êtes plus amenés à exercer la médecine d'aucune façon que ce soit, vos fonctions éventuelles ne nécessitant plus le diplôme de Docteur en Médecine.