



Je soussigné(e) Dr :

Numéro départemental : 69/

Vous informe :

- Avoir cessé mon activité libérale en date du ____/____/____
- Avoir cessé mon activité salariée en date du ____/____/____

Dernier lieu d'exercice :

.....

Je souhaite :

- 1 - Rester inscrit(e) au Tableau de l'Ordre en qualité de médecin retraité n'ayant conservé aucune activité médicale rémunérée, engendrant le règlement d'une cotisation annuelle minorée (*vous gardez la possibilité de faire des ordonnances à vos proches et vous-même à titre gratuit.*)
- 2 - La radiation de mon dossier (*vous ne pourrez plus prescrire d'ordonnances*)

Le Conseil peut me contacter à cette adresse :

.....

.....

Mail :

Numéro de téléphone :

Fait à : le : ____/____/____

Signature :

Dans le cadre du renforcement de la sécurisation des données personnelles des médecins, nous vous informons que tout changement de données du médecin doit faire l'objet d'une procédure de vérification d'identité stricte du demandeur.

Mon espace (via notre site Web ou celui du conseil national) est ouvert à tous les médecins pour modifier leurs coordonnées personnelles : adresse postale, adresse mail, numéro(s) de téléphone et pour accéder à une nouvelle messagerie sécurisée pour nous communiquer tout(e) :

- transfert de dossier dans un autre département,
- mise en dépôt au conseil national ou retrait d'inscription.

Si vous ne vous connectez pas à *Mon espace*, ces mises à jour sont soumises à une visite en présentiel, avec votre pièce d'identité, au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins où vous êtes inscrit, ou au Conseil Départemental le plus proche de votre lieu d'exercice ou de votre domicile.

3 rue de la Part-Dieu - 69003 LYON

Tél. 04 72 84 95 60

e-mail : cd.69@ordre.medecin.fr Site Internet : <https://conseil69.ordre.medecin.fr/>