DECLARATION DU PREMIER JOUR DE REMPLACEMENT

IDENTITE DU REMPLACANT

Nom : _____

Prénoms : _____

Né(e) le |_|_|_|_|_|_|_|_| à _____

N SS: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_| Profession : _____

Adresse personnelle : _____

N° RPPS : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **ou, à défaut,** N° ADELI : |_|_|_|_|_|_|_|_| |_|

Courriel : _____ Téléphone personnel : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Infirmier : date de fin de l'autorisation de remplacement délivrée par votre ORDRE : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Atteste que l'activité de remplacement est son activité principale : ☐Oui ☐ Non

Déclare commencer mon activité de remplacement pour la première fois dans le département de la Réunion le :

|_|_|_|_|_|_|_|_|

IDENTITÉ DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ EN ACTIVITÉ LIBÉRALE CONVENTIONNÉE REMPLACÉ A CETTE DATE

Nom : _____

Prénoms : _____

Profession : _____

Numéro d'identification praticien : |_|_|_|_|_|_|_|_|_| (Indiqué sur les feuilles de soins du cabinet)

Adresse du cabinet : _____

: _____

Fait à _____ le _____

Signature du remplaçant : Signature du remplacé :