

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 :