

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 :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IDENTITE 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 :