

Fiche à transmettre au Conseil Départemental

Mail : ille-et-vilaine@oncd.org

✉ 16, rue Saint-Hélier 35000 RENNES



REPLACEMENT

ANNONCE SITE INTERNET ONCD 35/ www.odcd35.fr

➤ **TITULAIRE DU CABINET**

Date de la demande :

NOM	PRENOM
-----	--------

➤ **SOCIETE**

SCM

SELARL

SCP

ASSOCIES CONCERNES	NOM	PRENOM

➤ **ADRESSE RESIDENCE**
PROFESSIONNELLE :

--

➤ **Téléphone pour vous contacter :**

➤ **Adresse mail :**

Le praticien interrompt provisoirement toute activité professionnelle en quelque lieu que ce soit.

- Contrat de **remplacement libéral** (pour remplacer le titulaire du cabinet absent)
- Contrat de **collaboration libérale en CDD** (pour remplacer un collaborateur absent)
- SALARIAT (conseillé pour les étudiants)

Dates du contrat CDD	DEBUT	FIN

OBSERVATIONS EVENTUELLES :

Je soussigné DR

Ou Nous soussignés DRS

Reconnais(sons) demander la parution de l'annonce ci-dessus sur le site internet du Conseil Départemental des Chirurgiens-Dentistes d'Ille et Vilaine et s'engage(nt) à prévenir le secrétariat dès que cette annonce sera pourvue.

Signature du ou des praticiens :