

Attestation de participation à la permanence des soins.

Caisse de rattachement : **CPAM VAL D'OISE** Secteurs de garde.....

Mois et année de référence.....

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

16, avenue de Voltaire

95600 Eaubonne

Téléphone : 01 39 59 57 63

IDENTIFICATION DU PRATICIEN

Médecin généraliste installé participant

Prénom, Nom.....

Adresse professionnelle.....

Code postal..... Ville.....

Téléphone..... E mail.....

N° identification du professionnel.....

Remplaçant

Prénom, Nom.....

Détails des astreintes

Compléter le tableau au verso du présent document

