ORDRE DES MEDECINS

PROVINCE DE LIEGE

NOM DU MEDECIN :

NUMERO D’ORDRE :

**CESSATION D’ACTIVITES MEDICALES**

Je cesse d’exercer en date du :

Je souhaite maintenir mon inscription au tableau : OUI / NON

S**I J'AI EXERCE TOUTES, OU UNE PARTIE DE, MES ACTIVITES AU SEIN D'UN GROUPEMENT**, D'UN HOPITAL etc… LA CONSERVATION DES DOSSIERS MEDICAUX ET LE SUIVI DES DEMANDES DE TRANSMISSION QUI SERONT FORMULEES PAR MES PATIENTS SONT ASSURES PAR L'INSTITUTION CONCERNEE ET/OU MES CONFRERES CONTINUANT A EXERCER - JE M'EN SUIS ASSURE AUPRES DU/DES MEDECIN(S) RESPONSABLE(S)

MEDECINS A CONTACTER POUR CES ACTIVITES :

Nom de l'institution/du groupement :

Médecin responsable :

Adresse postale :

E-mails :

Téléphones :

Nom de l'institution/du groupement :

Médecin responsable :

Adresse postale :

E-mails :

Téléphones :

Nom de l'institution/du groupement :

Médecin responsable :

Adresse postale :

E-mails :

Téléphones :

**SI, PAR CONTRE, J'AI EXERCE UNE OU PLUSIEURS ACTIVITE(S) EN PRATIQUE PRIVEE**, DES MESURES SPECIFIQUES ONT ÉTÉ PRISES POUR LES DOSSIERS MEDICAUX CONCERNES, ET SONT DETAILLEES CI-DESSOUS.

**J'ASSURERAI MOI-MÊME LA CONSERVATION DES DOSSIERS MEDICAUX** ET LE

SUIVI DES DEMANDES DE TRANSMISSION FORMULEES PAR LES PATIENTS. LES

PATIENTS PEUVENT ME CONTACTER AUX COORDONNEES SUIVANTES :

Adresse postale (le cas échéant) :

E-mails :

Téléphones :

**JE PROCEDE A LA NUMERISATION DE MES DOSSIERS MEDICAUX** ET VOUS

REMETTRAI LE SUPPORT NUMERIQUE CONTENANT TOUTES LES DONNEES AU

PLUS TÔT, AFIN QUE VOUS ASSURIEZ POUR MON COMPTE LE SUIVI DES

DEMANDES FORMULEES PAR LES PATIENTS

**MES DOSSIERS MEDICAUX SONT CONSERVES PAR LE CERCLE DE GARDE** (ou toute autre institution équivalente) QUI ASSURERA POUR MON COMPTE LE SUIVI DES DEMANDES FORMULEES PAR LES PATIENTS

> Nom de l'institution :

> Médecin responsable :

> Adresse postale :

> E-mails :

> Téléphones

**MES DOSSIERS MEDICAUX SONT CONSERVES PAR MON OU MES CONFRERE(S)**

REPRENEUR(S) DE MON ACTIVITE MEDICALE, CELUI-CI (CEUX-CI) SE CHARGEANT

POUR MON COMPTE DU SUIVI DES DEMANDES FORMULEES PAR LES PATIENTS

> Médecin(s) à contacter :

> E-mails :

> Téléphones :

**MES DOSSIERS MEDICAUX SONT CONSERVES PAR UN TIERS** QUI SE TIENT A

VOTRE DISPOSITION POUR ORGANISER LES MODALITES DE TRANSMISSION EN

CAS DE DEMANDES FORMULEES PAR LES PATIENTS

Nom et prénom :

A

dépositaire des dossiers :