

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

**SI 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 :