
ATTESTATION POUR LES MEDECINS ETRANGERS SANS N°RPPS

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e), Docteur (nom, prénom)

.....

chef de service de l'établissement (service et nom)

.....

certifie que le Docteur (nom, prénom, date et lieu de naissance)

.....

- Est autorisé (e) à exercer en France
- Exerce au sein de notre établissement depuis le ____/____/____
en tant que (fonction) _____
dans le service de _____
- S'engage à demander une autorisation d'exercice auprès de l'Ordre des
médecins lorsque son statut le lui permettra.

Cette attestation est établie dans le cadre de l'attribution d'un numéro d'identifiant et du suivi qualité des échographies de dépistage de la trisomie 21 réalisé en son nom propre, auprès du Dispositif Spécifique Régional en Périnatalité de la CoPèGE

Je m'engage à ce qu'un suivi de la demande d'autorisation auprès de l'Ordre des médecins soit réalisé.

Je certifie avoir le pouvoir d'engager ma responsabilité sur ladite attestation sur l'honneur.

Date et lieu : le ____/____/____ à _____

Nom Prénom : _____

Signature du chef de service :