



des Médecins
de Loire Atlantique

Monsieur le Docteur

Nantes, le

ATTESTATION

Je soussigné, _____, Président du Conseil départemental de l'Ordre des
médecins de Loire Atlantique, certifie que :

M. le Docteur _____
né le _____ à _____
exerçant à _____

est régulièrement inscrit au tableau de l'Ordre des médecins, sous le n° _____ depuis le
(n° RPPS _____).

Il exerce en qualité de :

depuis le _____

A notre connaissance, le Docteur _____ n'a jamais été sanctionné :

- ni par la Juridiction disciplinaire,
- ni par la Section des Assurances Sociales de l'Ordre des Médecins
- n'a fait l'objet d'aucune suspension d'exercice en application de l'article R. 4124-3 du Code de santé Publique.



Siège du Conseil-Ordre
B.P. 37504
44075 Nantes Cedex 1

Tel : 02 40 20 19 50
Fax : 02 40 20 19 45
www.loire-atlantique.medecin.fr