



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne démocratique et populaire
المجلس الوطني لأخلاقيات طب الأسنان
Ordre National des Médecins Dentistes
المجلس الجهوي لأخلاقيات طب الأسنان الجزائر
Ordre Régional des Médecins Dentistes d'Alger

Réf :/SORMD/CAC/..... Alger, le/...../.....

CESSATION D'ACTIVITÉ

Je soussigné(e) Dr
inscrit(e) au tableau de l'ordre de Médecins Dentistes d'Alger sous le numéro
certifie par la présente mettre fin à mon activité libérale liée à mon installation en
qualité de médecin dentiste sis....., sous le
numéro d'agrémentet ce pour raison de transfert de cabinet dentaire
à l'adresse suivante

En foi de quoi, la présente attestation est délivrée à l'intéressé(e) en vue d'effectuer
auprès de la DSP d'Alger, les formalités de transfert de cabinet nécessaire à l'obtention
du Nouvelagrément d'installation et d'exercice à titre libéral.

Signature du praticien

Le Président de la SORMD d'Alger

*La délivrance de cette attestation annulera de facto le droit à l'exercice dans le cabinet initial.