



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

DEMANDE DE RADIATION DU TABLEAU DE L'ORDRE

Ref : Alger le :

Je soussigné (e) : Mme Mr N° d'ordre

Nom :

Prénom :

Date de naissance

Adresse de correspondance :

Numéro de téléphone :

E-mail :

Déclare cesser d'exercer la profession de médecin dentiste et vous demande de bien vouloir procéder à ma radiation du tableau de l'ordre de la section ordinale régionale des médecins dentistes d'Alger à la date suivante : et ce pour le motif suivant :

- Retraite
- Maladie/ Infirmité grave
- Cessation d'activité de 6 mois au moins
- Service national
- Exercice à l'étranger
- Décès du praticien
- Changement de Section Ordinale

Signature