

Dr

Conseil de l'Ordre départemental de
Conseil de l'Ordre départemental de
Conseil de l'Ordre départemental de

Agence Régionale de Santé

Objet : Déclaration de participation à la grève de la permanence des soins
ambulatoire

Monsieur le Président,
Monsieur le Directeur général,

Je soussigné, Dr _____ ,
médecin radiologue à _____ ,
déclare mon intention de participer à la grève de la permanence
des soins ambulatoires annoncée par les syndicats médicaux représentatifs
à partir du 13 octobre 2023.

Je n'assurerai donc pas la garde prévue le

Fait à
le

Signature