



**CONSEIL DEPARTEMENTAL DE MOSELLE  
DE L'ORDRE DES MEDECINS**

**DEMANDE DE TRANSFERT DE DOSSIER  
AVEC RADIATION DU TABLEAU DE LA MOSELLE**

Je soussigné(e) Docteur :

N° d'inscription au Tableau du Conseil départemental de l'Ordre des la Moselle :

Demande le transfert de mon dossier au Conseil départemental de :

Adresse d'exercice en Moselle :

Date de fin d'activité :

Adresse d'exercice dans le département choisi :

Date de début d'activité :

Adresse de correspondance :

Fait à : le :

Signature :

---

*Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'Ordre des médecins sont traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'opposition et d'effacement des données les concernant, qu'elles peuvent exercer par courrier postal ou par courrier électronique*