



Conseil départemental de Guyane
de l'Ordre des Médecins



Demande initiale

Demande de renouvellement

**L'agrément est valable pour une durée
de 3 ans à compter de la date de
signature de l'arrêté initial**

Date de la demande :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone professionnel :

Mail professionnel :

Adresse professionnelle :

Docteur en spécialité :

Spécialité / compétence dans laquelle vous souhaitez être agréé :

Médecin spécialiste - Spécialité :

Fonction publique

Documents à transmettre :

- Diplôme de médecin et/ou de spécialité
- Attestation d'inscription à l'Ordre de Guyane en cours de validité

Cadre réservé au Conseil de l'Ordre de Guyane

Avis favorable

Avis défavorable