

# ANNEXE CALENDRAIRE AU CONTRAT DE REMPLACEMENT

|  |  |
|--|--|
| ORDRE DES MEDECINS<br>CONSEIL DEPARTEMENTAL<br>DES HAUTS DE SEINE<br>51, RUE BAUDIN<br>92593 LEVALLOIS PERRET CEDEX<br>TÉL: 0147334747 * FAX: 0147913868 |  |
|--|--|

ANTONY le 17/09/2020

**Signée entre le Docteur Tom CARLE - N° d'inscription:**

**exerçant: HÔPITAL PRIVÉ D'ANTONY 1 rue Velpeau 92160 ANTONY**

**Et Maud LOISELLE**

Remplacements et tours de garde: 17/09/2020

| Signature du médecin remplacé | Signature du remplaçant |
|-------------------------------|-------------------------|
|                               |                         |