

النظام الوطني للأطباء
ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

CONSEIL REGIONAL
DU GOUVERNORAT
DU GRAND ALGER

المجلس الجهوي لحفاظة
الجزائر الكبرى

FICHE D'INSCRIPTION

Code région [][]
Code wilaya [][]
Inscrit le [][][][][][][][][][][]
N° régional [][][][][][][][][][] N° national [][][][][][][][][][]

1 Nom, prénom
Nom de naissance
Date et lieu de naissance
Sexe : masculin féminin

2 Situation de famille : Célibataire Marié Veuf Divorcé
Nom et prénom du conjoint
Profession du conjoint
Nombre d'enfants : Prénoms et date de naissance
.....
.....
Nombre de personnes a charges :

3 Nationalité : Algérienne Etrangère
Acquise par filiation
 Autre (précisez) A quelle date ?

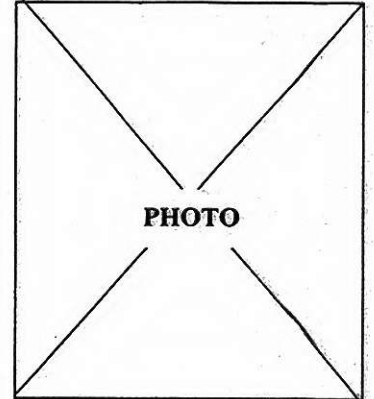
4 Service militaire
 Oui Non , pour quel motif ? Sursitaire réformé
 Ajourné exempté
 Non concerné
Avez vous été médecin d'active ?
 Non Oui Date de dégage ment [][][][][][][][][][]

5 Service civil Oui , de à Lieu
 Non

6 Adresse du lieu d'exercice
.....
Code postal Tél / fax

7 Adresse personnelle
.....
Code postal Tél / fax

8 Date de début d'exercice [][][][][][][][][][]



Partie réservée à l'Ordre

[][][][][][][][][][]

9 Première Graduation ; lieu et date, .

.....

 Doctorat en médecine : date, lieu d'obtention (équivalence s'il ya lieu).

10 Post graduation : Discipline, lieu et dates;

.....

 Diplômes de post graduation : libellé du diplôme / Discipline /
 date d'obtention / délivré par. (et équivalence s'il y a lieu)

11 Titres universitaires et fonctions hospitalières (détailler, avec dates etc).....

.....

12 Qualifications reconnues par l'Ordre
 qualification / Discipline

	Date	Délivrée par Conseil Régional de
1
2
3

13 Etes vous en cours de post graduation ? Oui Non
 Discipline, Date de première inscription

1 2.....

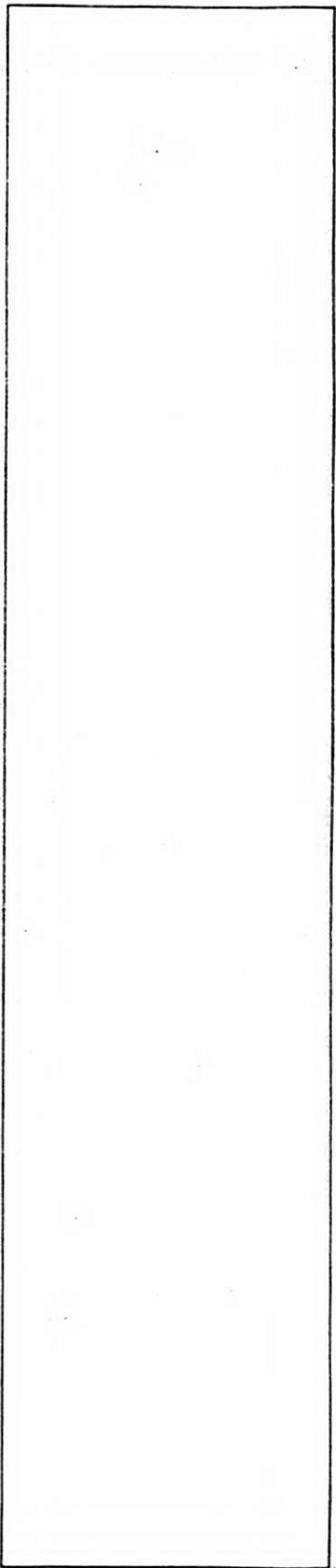
14 Situation professionnelle actuelle

I Vous êtes à la retraite Oui depuis quelle date ?.....
 sans activité professionnelle avec activité professionnelle

Vous n'êtes pas à la retraite
 avec activité professionnelle sans aucune activité

II Cadres d'activité

- A - Médecine libérale
- cabinet personnel
 - cabinet de groupe
 - clinique ou établissement
privé à but lucratif
 - Clinique ou établissement
à but non lucratif
 - Laboratoire d'analyses médicales
 - Autre.....
- monodisciplinaire
 pluridisciplinaire



المجلس الوطني للأطباء
 Section Nationale Républicaine
 Rassemblement National Algérien
 المجلس الوطني للأطباء
 Rassemblement National Algérien

B - Médecine du secteur public

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> C.H.U | <input type="checkbox"/> A temps plein sans activité privée |
| <input type="checkbox"/> E.H. S | <input type="checkbox"/> A temps plein avec activité privée |
| <input type="checkbox"/> Hopital secteur sanitaire | <input type="checkbox"/> A temps partiel titulaire |
| <input type="checkbox"/> Polyclinique, centre de santé etc... | <input type="checkbox"/> A temps partiel vacataire |
| <input type="checkbox"/> P.M.I | <input type="checkbox"/> Chef d'unité, |
| <input type="checkbox"/> Médecine scolaire | <input type="checkbox"/> Chef de service |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez)..... | |

C - Médecine salariée

- | | | |
|--|-------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecine du travail | <input type="checkbox"/> CNAS | <input type="checkbox"/> CASNOS |
| <input type="checkbox"/> Médecine de contrôle de la sécurité sociale | <input type="checkbox"/> CNR | <input type="checkbox"/> CNAC |
| <input type="checkbox"/> Médecin conseil dans sociétés d'assurances privées | | |
| <input type="checkbox"/> Organisme de recherche public (Précisez)..... | | |
| <input type="checkbox"/> Administration publique de l'Etat (Précisez)..... | | |
| <input type="checkbox"/> Autres (Précisez)..... | | |

D Expertises

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Médecine légale | <input type="checkbox"/> Sécurité sociale | <input type="checkbox"/> judiciaires |
| <input type="checkbox"/> Ministère des Moudjahidines | <input type="checkbox"/> Sociétés d'assurances privées | <input type="checkbox"/> Autres..... |

E - Activités para médicales

- | | | |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pharmacie | <input type="checkbox"/> industrie pharmaceutique | <input type="checkbox"/> Autres..... |
|------------------------------------|---|--------------------------------------|

III Nature de votre activité médicale

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun exercice de la médecine de soins | |
| <input type="checkbox"/> Exercice de la médecine générale | <input type="checkbox"/> Exercice d'une spécialité |
| <input type="checkbox"/> exclusif | <input type="checkbox"/> exclusif |
| <input type="checkbox"/> avec une (des) compétence (s) | <input type="checkbox"/> avec une (des) compétence (s) |
| <input type="checkbox"/> Exercice exclusif d'une compétence | |

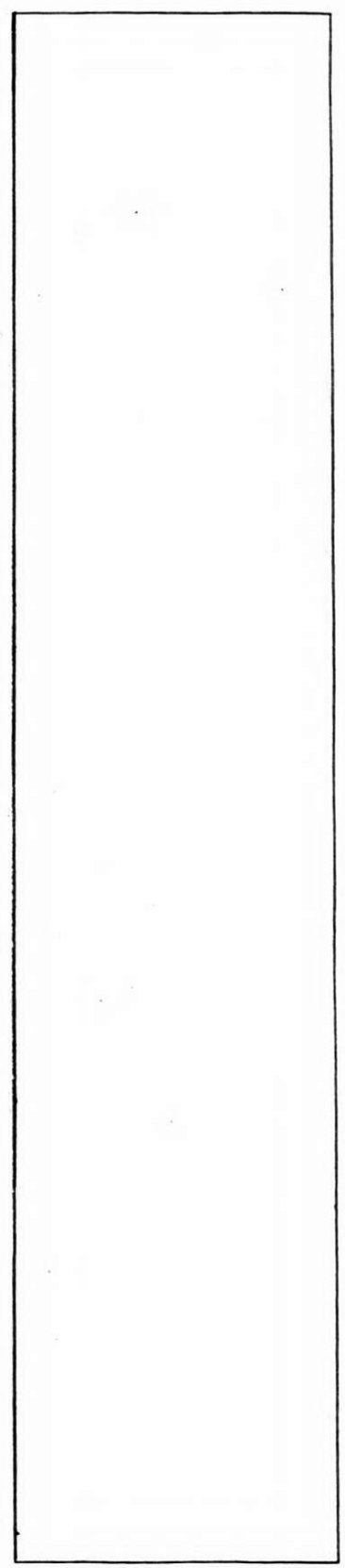
15 Avez vous été inscrit à un Tableau de l'Ordre ? Oui (où et a quelle date ?) Non

16 Remplacements au cours des deux années précédentes Médecins remplacés Oui Non
 comme étudiant Oui Non
 comme médecin Oui Non

17 Refus d'inscription ? Non Oui
 Si oui, pour quel motif

18 Avez vous conclu un (des) contrat (s) Oui Non
 Si oui les avez vous communiqué au conseil de l'Ordre ? Oui Non

19 Sanctions disciplinaires Oui Non
 Si oui, lesquelles et date ?



20 Condamnations civiles et pénales Oui Non

Si oui, lesquelles et dates ?

Libellé de votre plaque et de vos ordonnances - spécimen de votre tampon

Tout libellé d'annonce d'installation par voie de presse **doit être** soumis, avant exécution, à l'approbation du Conseil Régional de l'Ordre des **Médecins** du Gouvernorat du Grand Alger

Reproduire ci dessous à la main la phrase

" J'atteste sur l'honneur avoir pris connaissance du code de déontologie médicale et je fais serment de le respecter "

" je demande mon inscription au Tableau du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins du Gouvernorat du Grand Alger "

.....
J'atteste sur l'honneur que les déclarations ci dessus sont conformes à la vérité
Je m'engage a envoyer au Conseil régional de l'Ordre des Médecins du Gouvernorat du Grand Alger un rectificatif dès qu'il se produira une modification dans les déclarations précédentes et a répondre a toutes demandes de renseignements émanant du Conseil de l'Ordre.

Date

Signature
Précédée de la mention manuscrite
" lu et approuvé "

Pièces a fournir :

- 1 extrait de naissance
- une copie certifiée conforme des diplômes
- un extrait du casier judiciaire ou copie
- un certificat de nationalité ou copie de la C.N.I
- une copie du certificat de conformité des locaux par la DSPW
- 6 photo d'identité couleur