

PROCURATION

CHOIX DE LIEUX DE STAGE – SUBDIVISION OCEAN INDIEN

SEMESTRE :

**POUR TOUTE PROCURATION INCOMPLETE (formulaire + pièce d'identité)
ou ABSENCE DE LA PERSONNE MANDATEE,
LE CHOIX SE FERA SUR LES POSTES RESTANTS**

Une copie de la procuration + pièce identité devra être transmise à l'ARS La Réunion au plus tard la veille de la procédure de choix à : ars-reunion-internat-medecine@ars.sante.fr

Je soussigné(e)

INTERNE DE : Promotion : Rang ECN

Donne procuration à

Choix de postes par ordre de priorité + n° de poste :

| | Nom du terrain de stage et Responsable médical | N° de Poste |
|----|--|-------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |

Signature,