

**DEMANDE D'OUVERTURE / DE TRANSFERT**  
**D'UN CABINET DE MEDECINE DENTAIRE PRIVE**

NOM.....PRENOM.....EPOUSE.....  
N° d'Inscription au Tableau de l'Ordre.....

**Description du local :**

- Nombre de pièces :
- Le local se trouve-t-il dans un immeuble ? Oui Non
- Etage : .....n° Appartement.....
- Un autre confrère médecins dentistes
- a-t-il exercé dans le même local ? Oui Non
- Existe-t-il d'autres médecins dentistes dans l'Immeuble ? : Oui Non

1) Le local sert-il d'habitation en même temps que le cabinet ? : Oui Non

2) Situation professionnelle antérieure :

- Préciser et joindre documents et qualifications : Démission Santé Publique – Spécialité :

\* Adresse professionnelle : Rue..... Ville.....

C.P .....

**Texte intégral de la plaque extérieure :**

Arabe

.....  
.....  
.....

Français

.....  
.....  
.....

**ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR**

Je soussigné, .....m'engage à respecter les informations sus-citées  
et signaler tout changement survenant après cette déclaration.

Signature + Cachet

**Rappel : Les avis d'ouverture et de fermeture des cabinets sont obligatoirement  
soumis à l'agrément du conseil de l'ordre tant pour leur fréquence que pour leur  
rédaction et leur présentation "Article 12 du code de déontologie"**

**Remettre une copie :**

- De l'ordonnance de la carte de visite
- Du bail de location (copie conforme)
- La facture de votre équipement nouv. ins.
- Photocopie de la plaque