

DEMANDE DE DOUBLEMENT DE GARDE DES ETUDIANTS HOSPITALIERS

Je soussigné(e) (*Nom-Prénom*)

DC2

DC3

DC4

Vouloir doubler la garde du ___/___/___ de : 12 H 24 H

De Mr ou Mme

Dans le service de : Cardiologie Gynécologie-obstétrique Urgences générales

Demande faite le ___/___/___

Signature de l'externe

Signature du Chef de service

A transmettre à la Direction des Affaires Médicales par fax au 44 888

✂.....

DEMANDE DE DOUBLEMENT DE GARDE DES ETUDIANTS HOSPITALIERS

Je soussigné(e) (*Nom-Prénom*)

DC2

DC3

DC4

Vouloir doubler la garde du ___/___/___ de : 12 H 24 H

De Mr ou Mme

Dans le service de : Cardiologie Gynécologie-obstétrique Urgences générales

Demande faite le ___/___/___

Signature de l'externe

Signature du Chef de service

A transmettre à la Direction des Affaires Médicales par fax au 44 888