

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE CERTIFICAT DE BONNE CONDUITE
PROFESSIONNELLE**

I. IDENTIFICATION (partie à remplir par le demandeur du document)

1. **Nom et prénom** :
2. **N° d'ordre** :
3. **Date d'inscription à l'Ordre** :
4. **Nationalité** :
5. **Adresse professionnelle** :
6. **Téléphone** :
7. **Email** :
8. **Qualification / spécialité** :
9. **Diplôme de médecin obtenu le** : **à l'Université:**
10. **Motif de la demande** :
11. **Si le certificat est demandé pour un exercice médical à l'étranger. préciser:**
le pays : **La durée :**

II. PERSONNE DE REFERENCE (partie à remplir par la référence)

Moi, Docteur (Nom complet)

(indiquer le nom comme il apparaît au tableau de l'ordre des médecins)

N° d'ordre **Adresse professionnelle**

Téléphone **Email**

Je déclare par la présente bien connaître le (la) nommé (é):
Docteur

N° d'ordre **exerçant à**

depuis (préciser l'année)

je certifie en outre que pendant cette période, l'intéressé (e):

(i) a exercé une pratique médicale;

(ii) s'est bien conduit socialement et de manière responsable;

(iii) son caractère et sa conduite ont été exemplaires.

Date..... Signature.....

III. DISPOSITIONS FINALES ET EXIGENCES

1. Les cotisations au sein de l'Ordre des Médecins doivent être à jour.
2. La recommandation d'un médecin dont le numéro d'ordre est antérieur au vôtre (cfr II. Personne de référence), en ordre avec ses cotisations à l'Ordre des Médecins.
3. Une attestation de non poursuite judiciaire ou un extrait du casier judiciaire datant de moins de 3mois.
4. Une attestation de bonne conduite, vie et moeurs datant de moins de 3mois.
5. Le paiement de 30.000Fbu au compte BANCOBU N° **20002-00301-00730020101-60** intitulé **CNOMB**.

IV. DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je certifie par la présente que les informations ci-dessus sont correctes au meilleur de ma connaissance et que j'ai satisfait à toutes les exigences requises pour l'obtention du certificat.

Signature du demandeur.....

Date