

Nom : .....

Abidjan, le ...../...../.....

Prénom : .....

Tel : .....

Numéro CP : .....

Né le ...../...../..... à .....

A

MADAME LA DIRECTRICE

DES ETABLISSEMENTS PRIVES ET

PROFESSIONS SANITAIRES.

OBJET : Réinscription dans le Registre de Profession de Santé

Profession : .....

Année : .....

Madame,

J'ai l'honneur de solliciter auprès de vous une réinscription dans le registre de profession de santé en Côte d'Ivoire. Je réside à ..... et exerce à ..... (Commune), au sein de.....(Structure).

Veuillez agréer Madame la Directrice l'expression de mon profond respect.

L'intéressé (e)

Signature