Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

NOM……..

Prénom……...

Tel portable……

Adresse mail (obligatoire)……

Numéro d'Ordre…….

Je soussigné(e) ……..….atteste avoir reçu ma visière de protection Covid par le référent de mon secteur et désigné par le CDOMK08.

<u>A remplir impérativement en cas de retrait par un confrère :</u>

Je soussigné(e) ……autorise (NOM/ Prénom)……. à retirer ma visière de protection Covid auprès du référent de mon secteur.

Fait à……... Le…..../..…../…..…

Signature :