

**A RENSEIGNER DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE D'AUTORISATION  
D'EXERCER LA MEDECINE EN FRANCE  
Spécialité : GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE**

NOM  
Hôpital  
Service

Prénom

Date

**TABLEAU D'ACTIVITE ENDOSCOPIQUE SUR LES TROIS DERNIERES ANNEES**

Type d'actes	Année :		Année :		Année :	
	Nombre d'actes	Opérateur ou Assistant	Nombre d'actes	Opérateur ou Assistant	Nombre d'actes	Opérateur ou Assistant

<p>Visa de l'Administration du lieu d'exercice</p>	<p>Visa du Chef de Service</p>
--	--------------------------------

A reproduire en autant d'exemplaires que nécessaire

**A faire parvenir sous pli « confidentiel » à l'adresse suivante :  
Centre National de Gestion - Immeuble Le Ponant - 21 B, rue Leblanc  
75737 Paris Cedex 15 - A l'attention de Mme Diane PIET**