



Direction générale de la santé
Office du Médecin cantonal

Bâtiment administratif de la
Pontaise Avenue des
Casernes 2
CH – 1014 Lausanne

T +41 21 316 18 00
autorisation.pratiquer@vd.ch
www.vd.ch/dgs

FORMULAIRE DUPLICATA

**Autorisation de pratiquer
Admission à pratiquer à charge
de l'AOS**

Données personnelles

Nom	<input type="text"/>		
Prénom(s)	<input type="text"/>	Nom(s) antérieurs	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Code GLN ¹	<input type="text"/>
Profession :	<input type="text"/>		

Adresse

Adresse actuelle privée (pour la mise à jour de nos données)

Rue, N°	<input type="text"/>	Pays	<input type="text"/>
NPA, Localité	<input type="text"/>		
Tél. privé	<input type="text"/>	Mobile privé	<input type="text"/>
E-mail privé	<input type="text"/>		

Adresse pour l'envoi du duplicata

Rue, N°	<input type="text"/>	Pays	<input type="text"/>
NPA, Localité	<input type="text"/>		

¹ Le code GLN se trouve sur les registres fédéraux Nareg ou HealthReg. Le code concerne seulement les professions qui y sont enregistrées. Si vous ne figurez pas encore dans le registre vous concernant, nous vous prions de vous adresser à l'OFSP (HealthReg) ou à la Croix-Rouge Suisse (Nareg).

Cadre de la demande

Duplicata demandé pour

- Autorisation de pratiquer
- Admission à pratiquer à charge de l'AOS

Cadre de la demande

- Départ à l'étranger (précisez le pays et votre adresse si déjà connue)

- Pratique dans un autre canton (préciser le canton et votre adresse professionnelle si déjà connue)

- Changement d'employeur dans le canton de Vaud (préciser le nouvel employeur et votre nouvelle adresse professionnelle si déjà connue)

- Autre raison (précisez)

Conservez-vous une activité professionnelle dans le canton de Vaud ? Oui Non

Si oui, à quel pourcentage ?

Si non, depuis quelle date ?

Si vous ne conservez pas une activité dans le canton de Vaud, votre autorisation de pratiquer sera suspendue depuis la date indiquée.

Dans le cas d'une reprise d'activité dans le canton de Vaud, vous devrez nous transmettre une demande de réactivation de votre autorisation de pratiquer. Dans certains cas, des documents d'usage pourront être demandés.

Lieu et date : _____

Signature du/de la professionnel-le