

**ATTESTATION A COMPLETER PAR LA SOCIETE QUI SOUHAITE
RECOURIR A L'ASSISTANAT (LIBÉRAL OU SALARIÉ)
ARTICLE R 4127-276 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE**

Je soussigné (e) Mme Mlle M. (1) Nom Prénom
Chirurgien-dentiste ou Docteur en chirurgie dentaire (1)
Gérant en exercice de la Société Civile Professionnelle (SCP) ou Société d'Exercice
Libéral (SEL) (1) (dénomination à compléter)
Dont le siège social est sis
Exerçant à :

Certifie que la SCP ou SEL (1) ne se fait pas assister par un praticien de l'art dentaire
(étudiant ou diplômé)

Fait à le

Cette attestation est destinée au Conseil Départemental de l'Ordre des chirurgiens-
dentistes des Alpes-Maritimes

(1) Rayer les mentions inutiles