

Direction Inspection Contrôle Audit

Affaire suivie par :
Courriel :

Téléphone :
Télécopie :

Monsieur J

Objet : Lettre de notification remise en mains propres

Je soussigné, Docteur déclare avoir reçu ce jour,
la décision du directeur de l'Agence régionale de santé en date du 15 octobre 2018 et son
annexe le rapport d'inspection, me signifiant la suspension en urgence de mon exercice de
chirurgien-dentiste pour une durée maximale de 5 mois.

Je reconnais avoir pris connaissance du rendez-vous qui m'a été fixé le **17 octobre 2018 à
14 h 30** à l'adresse suivante :

**ARS Bourgogne Franche-Comté
Le Diapason
2, place des Savoirs
CS 73535
21036 DIJON Cedex**

Fait à.....

Le.....à.....heures.....
.....mn.

Signature :

**Fait en 2 exemplaires originaux, l'un remis au destinataire, l'autre conservé par
l'administration.**