



GCS AURAGEN
5 place d'Arsonval
Bâtiment B7
69003 LYON

**Formulaire de changement
de prescripteur sur des
dossiers prescrits**

ENR-Pré-060-01

Version : 1

Applicable le : 03-04-2023



**FORMULAIRE de changement de prescripteur
pour les dossiers prescrits sous HYGEN - AURAGEN**

Prescripteur HYGEN concerné par la cessation d'activité :

Nom et Prénom :

RPPS :

Etablissement :

Prescripteur HYGEN concerné par la reprise de l'activité :

Nom et Prénom :

RPPS :

Motif du changement :

- Départ à la retraite, date :
- Départ de l'établissement employeur, date :
- Autre (mobilité/arrêt maladie de plus de 12 mois,...),

Date de départ : Date de retour :

Je soussigné(e), Dr....., en tant que chef(fe) de service, accepte que les prescriptions rattachées au compte de prescription HYGEN du Dr soient transférées sur le compte HYGEN dU Dr.....

Date :

Cachet ou signature du chef de service :