



**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 :