

RECOMMANDEE

Commission Nationale Médico-Mutualiste

I.N.A.M.I.

Service des Soins de santé

Avenue de Tervuren 211

1150 BRUXELLES

Concerne : refus de l'accord médico-mutualiste 2012.

Monsieur le Président,

Je soussigné

Nom et prénoms :

Adresse complète

.....

.....

Qualité :

Médecin de médecine générale (1)

Médecin spécialiste en (1)

Numéro d'identification I.N.A.M.I.

déclare refuser d'adhérer aux termes de l'accord national médico-mutualiste conclu le 21 décembre 2011.

Date :

Signature :

(1) Biffer la mention inutile