

ACCREDITATION DES MEDECINS DEMANDE D'ACCREDITATION PROVISOIRE

Nom :

Prénom :

Rue :

Code postal : Localité :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Spécialité :

N° INAMI : - - -

N° DE COMPTE BANCAIRE ou de CCP : - -

Je suis inscrit au Groupe Local d'Evaluation Médicale (GLEM) n° :

J'envoie cette demande d'accréditation provisoire en même temps que ma demande d'agrément

J'envoie cette demande d'accréditation provisoire après avoir obtenu mon agrément

Date + cachet + signature

A renvoyer à Madame Anne BERNARD
Service des Soins de santé de l'INAMI
211 avenue de Tervueren
1150 BRUXELLES
Informations : 02/739.77.47 ou 02/739.78.98