|  |  |
| --- | --- |
|  | **Demande de reconnaissance comme organisateur d’e-learning dans le cadre de l’accréditation des médecins et des pharmaciens-biologistes** |

|  |
| --- |
| 1. **Identité**
 |
| **Nouvel organisateur :** | [ ]  |
| **Numéro de reconnaissance :** |   |
| **Nom de l’organisation :** |   |
| **Adresse :** |   |
| **Téléphone / GSM :** |   |
| **E-mail :** |   |
| **Médecins responsables :**  |
|  | **Nom et prénom** | **Numéro INAMI** | **Signature** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| *Si les médecins responsables figurent dans les statuts de l'association tels que publiés au Moniteur belge, aucune signature n'est requise pour ces personnes.* |

|  |
| --- |
| 1. **Moyens financiers :**
 |
| Veuillez fournir une brève explication de la structure financière de l'organisation (totalité des moyens, origine et spécification d’un éventuel sponsoring de l'industrie pharmaceutique ou autre dans un éventuel but commercial).      |

|  |
| --- |
| 1. **Structure IT :**
 |
| Veuillez décrire la plate-forme, les formes d'interactivité utilisées et le contrôle de la participation réelle (en ce qui concerne tant le contenu d’apprentissage que l’emploi du temps correct).      |
| Veuillez préciser comment est validée l’identité des participants des modules e-learning :O E-IDO Login fixe (lié à une adresse (email))O Autre :  |

|  |
| --- |
| 1. **Annexes :**
 |
| Ce formulaire contient les annexes suivantes :O Formulaire(s) sur le support didactique (…. p.) O Statuts de l’association (…. p.)O Autre (…. p.): |

|  |
| --- |
| 1. **Votre déclaration en tant que responsable de l’organisation :**
 |
| En soumettant ce formulaire, les demandeurs (le cas échéant, le demandeur en son propre nom et au nom des autres médecins responsables) déclarent qu'ils s’engagent solidairement à se conformer au règlement « reconnaissance des organisateurs e-learning » tel que publié sur le site Web de l'INAMI à la date d’introduction de la demande et à signaler l'absence de tout conflit d'intérêt existant ou futur dans l'année civile suivante.Date : Signature du 1er responsable : |

|  |
| --- |
| 1. **Comment nous transmettre le formulaire ?**
 |
| **Par e-mail (document scanné):** | info.accredit@riziv-inami.fgov.be  |
| Seuls les formulaires dûment complétés seront traités. Pour toute question, veuillez prendre contact avec le service Accréditation des médecins de l'INAMI (info.accredit@riziv-inami.fgov.be). |