FORMULAIRE n° 2

Présence des médecins aux activités organisées pour la formation médicale continue

N° d'identification de l'organisateur : ☐ . ☐☐☐

N° Inami du médecin responsable : ☐ . ☐☐☐☐☐ . ☐☐ . ☐☐☐

N° d'agréation de l'activité : ……

Date de l'activité : ……..

Intitulé du cours : ……

Nombre de CP : ……..

Liste des participants:

N° INAMI	**NOM ET PRENOM**
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……

Orateurs - Modérateurs *(Veuillez cocher la qualité du médecin)*

		Orateur	Modérateur
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……	☐	☐
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……	☐	☐
1/_ _ _ _ _ / _ _ / _ _ _	……	☐	☐

Je certifie que les informations ci-dessus sont complètes et conformes.

Signature + cachet du médecin responsable:

A renvoyer à Madame Anne Bernard – Avenue de Tervueren 211 - B-1150 Bruxelles - Adresse E-mail: list.fc@inami.fgov.be
Tel.: 02 739 77 47 ou 02 739 78 98
Fax: 02 739 78 72
Heures d'ouvertures des bureaux: de 9 à 12 heures et de 13 à 16 heures.