

**FORMULAIRE A RENVOYER DÛMENT COMPLÉTÉ À :**

**FORMULAIRE n° 1**

INAMI - Team accréditation médecins  
Médecins responsables des activités de formation continue  
Avenue de Tervueren 211  
B - 1150 Bruxelles

Tél. 02/739 74 79 - Adresse e-mail : info.accredit@inami.fgov.be

**Liste des médecins responsables de la reconnaissance des activités organisées au sein de votre institution**

N° d'identification de l'association organisatrice des activités :  .

Nom de l'association organisatrice des activités :

Adresse e-mail de l'association :

Nom de la sous-entité (service - bâtiment - ...) :

Adresse de contact de la sous-entité :

N° de téléphone :

N° INAMI du (ou des) médecin(s) responsable(s) de la reconnaissance des activités <b>Les n° INAMI doivent être lisibles et corrects! Merci !</b>	Nom et prénom du (ou des) médecin(s) responsable(s) Adresse de contact - rue - n° - Boîte Code postal et localité	Signature du (ou des) médecin(s) responsable(s), tenu(s) de conserver les listes de présence, par activité de formation continue, durant 5 ans.
<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

**Remarques éventuelles :**