

**Institut d'Assurance
Maladie-Invalidité**

INAMI

SERVICE DES SOINS DE SANTE

Av. de Tervuren, 211
Tel : 02. 739.74.79

1150 Bruxelles
Accr.tandarts@inami.fgov.be

ORGANISATEUR PEER-REVIEW

A retourner à : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
Groupe de Direction « Promotion de la Qualité » de l'art dentaire
Avenue de Tervuren, 211
1150 BRUXELLES

Annonce session(s) de Peer-review

Le(a) soussigné(e)(*),
Numéro INAMI :
Numéro d'Organisateur Peer-Review :

Informations à propos de la ou des session(s) de peer-review :

Date : .../.../....

Sujet :

Nombre de Sessions de ce jour :

Heure(s) de début :

Lieu(s) :

- A envoyer au Groupe de Direction au moins 8 jours à l'avance
- Pour chaque jour où vous organisez une ou plusieurs session(s) de Peer-Review, vous devez envoyer une annonce.

Date : .../.../...

Signature :

(*) Le soussigné déclare :

Qu'il s'est annoncé organisateur de session de Peer-Review ;

Qu'il a pris connaissance du Règlement de fonctionnement pour les organisateurs de formation complémentaire et de Peer-Review.