

Institut National d'assurance  
Maladie -invalidité.

INAMI

**SERVICE DES SOINS DE SANTE**

Avenue de Tervueren, 211 1150 Bruxelles  
Tel.: (02)739.74.79  
Accr.tandarts@inami.fgov.be

**A retourner à:** Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité  
Groupe de Direction "Promotion de la Qualité"  
Praticiens de l'art dentaire.  
Av. de Tervueren, 211  
1150 BRUXELLES

Prise de connaissance du règlement de fonctionnement concernant les  
organismes d'activités de formation complémentaire et de sessions de  
peer-review. (\*)

Le soussigné,

(Nom)

Numéro INAMI :

Numéro de suite : .....(A compléter si vous étiez reconnu comme organisateur antérieurement)

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement concernant les organisateurs d'activités de formation complémentaire et de sessions de peer-review.

Déclare sur l'honneur que les fonds générés par l'organisation des cours ne sont utilisés que pour la préparation, l'organisation, la promotion de la formation complémentaire en ce compris la recherche scientifique.

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

Signature:

**(\*) A renvoyer par l'organisateur de formation complémentaire dans les 30 jours après réception**