

Demande de reconnaissance d'une activité pour l'accréditation

☞ A renvoyer au : * **Comité Paritaire d'accréditation de Médecine Générale**
 * **Comité Paritaire de Médecine spécialisée en**
 * **Groupe de travail Ethique & Economie**
 INAMI – Avenue de Tervuren, 211 - 1150 Bruxelles

* biffer la mention inutile – à compléter éventuellement

☞ Nom de l'association organisatrice de Formation Médecine Continue :	
☞ Numéro d'identification de l'organisateur : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Adresse :	
Code postal :	Localité :
☎	Mail (obligatoire) :
Nom et prénom du médecin responsable :	
N° INAMI. :	Qualité :

☞ Description de l'activité :		
Nature/Forme didactique :		
Sujet :		
Date :	Lieu :	
Durée :	Heure début :	Heure fin :

☞ Orateur :	
Nom et prénom :	N° INAMI. :
Localité :	Qualité :

☞ Modérateur :	
Nom et prénom :	N° INAMI. :
Localité :	Qualité :

☞ Case à cocher si tel est le cas :	
<input type="checkbox"/>	L'activité est ouverte à tous et respecte les critères de reconnaissance d'une formation sponsorisée dans le cadre de l'accréditation

Réservé au Comité Paritaire d'Accréditation			
Date :	Titre :	Durée :	
Un programme est joint : Oui – non			Décision :
			Accordé <input type="checkbox"/>
			A renvoyer :
Rubrique :	- Observations - Motivations :	CP :	- à l'organisateur <input type="checkbox"/>
Personne ayant évalué : Nom ou Cachet, signature			- au GDA <input type="checkbox"/>
			- au CP de <input type="checkbox"/>
Date :			Refus motivé <input type="checkbox"/>
		