

Demande de reconnaissance d'une activité pour l'accréditation d'un programme de formation médicale continue à distance

☞ 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/Technique :
Sujet :

☞ Définition des instructions concernant le temps nécessaire pour suivre ce programme :
--

☞ Définition de la forme d'interactivité utilisée :
--

☞ Définition de la méthode relative au contrôle de la participation réelle, tant en ce qui concerne le contenu qu'en ce qui concerne l'emploi du temps correct :

☞ Durée de validité du programme proposé :	
Date de début :	Date de fin :

☞ **Durée estimée (nombre d'heures) :**

☞ **Définition de la méthode du respect de la confidentialité lors du traitement et de la transmission des données relatives aux participants :**

☞ **Référence éventuelle à des sources bibliographiques (au besoin en annexe) :**

☞ **Case à cocher si tel est le cas :**

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	
Titre : -----	
Un programme est joint : oui – non	
Observations - Motivations :	CP :
Date de début acceptée :	Décision : Accordé <input type="checkbox"/> A renvoyer : - à l'organisateur <input type="checkbox"/> - au GDA <input type="checkbox"/> - au CP de <input type="checkbox"/> Refus motivé <input type="checkbox"/>
Date de fin acceptée :	
Personne ayant évalué : Nom ou Cachet, signature	
Date :	