

III – Identification du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique (nom, prénom, adresse, N°INAMI) :

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(nom)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

(prénom)

1-XXXXXXXX-XX-XXXX

(N° INAMI)

XX / XX / XXXX

(DATE)

(CACHET)

.....

(SIGNATURE DU MEDECIN)