

Conseil provincial de l'Ordre  
des médecins de Bruxelles et  
du Brabant wallon

## DEMANDE D'INSCRIPTION



**Veillez remplir en caractères d'imprimerie** (encre noire)

Avez-vous déjà été inscrit à notre Conseil :  *oui*     *non*

N° INAMI (11 chiffres) : .....

NOM : ..... NOM D'ÉPOUSE : .....

PRÉNOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... NATIONALITÉ : .....

GSM : ..... E-MAIL : .....

### **caractères d'imprimerie**

*Mes coordonnées privées peuvent être communiquées*     *oui*     *non*

*J'ai pris connaissance des précisions en matière du traitement de données à caractère personnel, soumis à la loi relative à la protection de la vie privée. (Texte en annexe)*

**ADRESSE légale en Belgique** (ou de contact pour les médecins étrangers)

c/O Mr et Mme.....

RUE : ..... N° : ..... Bte : .....

Code Postal : ..... Localité : .....

Tel: .....

### Adresse légale à l'étranger :

RUE : ..... N° : ..... Bte : .....

Code Postal : ..... .Ville : .....

Pays : .....

**ADRESSE(S) PROFESSIONNELLE(S)**

« Je déclare sur l'honneur exercer mon activité  
Principale à Bruxelles et/ou dans le Brabant Wallon »

### Activité principale

En cabinet privé     En institution (nom + service) .....

Adresse.....

Tél : ..... Extension : ..... Fax.....

### Activités secondaires

.....

..... Tél : .....



## A titre d'information

*Les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement au sens de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard du traitement des données à caractère personnel, dont la finalité est l'accomplissement des missions légales de l'Ordre des médecins, telles que définies et organisées par l'arrêté royal n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, et ses arrêtés royaux d'exécution.*

*Le responsable du traitement est le Président du Conseil National de l'Ordre des médecins (place de Jamblinne de Meux 34-35 à 1030 Bruxelles).*

*Dans les cas déterminés par la Loi, les informations vous concernant sont communiquées aux autorités publiques, notamment à la Commission Médicale Provinciale, au procureur général près la Cour d'appel, à l'INAMI et au ministre qui a la santé publique dans ses attributions.*

*Vos coordonnées professionnelles et votre spécialisation font l'objet d'un accès public, notamment via le site internet du Conseil national de l'ordre des médecins (<http://www.ordomedic.be>).*

*Les membres de l'Ordre peuvent en outre prendre connaissance, via la partie intranet du site internet du Conseil national de l'Ordre des médecins (<http://www.ordomedic.be>) de votre numéro INAMI et du conseil provincial de l'ordre des médecins auquel vous êtes inscrit.*

*L'accès aux données vous concernant est justifié par la continuité des soins, l'organisation des services de garde et le libre choix du médecin.*

*Des informations relatives à vos conditions d'exercice en Belgique peuvent, dans les cas légalement prévus, être communiquées à l'autorité compétente d'un autre Etat membre de l'Union européenne.*

*A votre demande, vous obtiendrez communication des données à caractère personnel vous concernant qui sont traitées par l'Ordre des médecins.*

NOM, Prénom : .....

Numéro inami .....

ORDRE DES MÉDECINS DE BRUXELLES ET DU BRABANT WALLON

**TABLEAU RÉCAPITULATIF DES ACTIVITÉS MÉDICALES EXERCÉES**



**Les activités en-dehors de la province doivent être mentionnées**

Avant-midi	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
Lieu d'activité : Nom de l'Institut : Adresse : Code postal : Téléphone :	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
Lieu d'activité : Nom de l'Institut : Adresse : Code postal : Téléphone :	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
Après-midi	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI
Lieu d'activité : Nom de l'Institut : Adresse : Code postal : Téléphone :	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....
Lieu d'activité : Nom de l'Institut : Adresse : Code postal : Téléphone :	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....

**Veillez répondre S.V.P**

- Etes-vous titulaire d'une fonction supérieure pour une organisation ?  
 maître de stage     médecin directeur     chef de service .....

- Comment la continuité des soins médicaux est-elle assurée dans vos différentes activités ?

.....  
.....

**Je soussigné déclare que les renseignements repris ci-dessus sont véritables et complets.**

**Date et signature :**