



DEMANDE D'INSCRIPTION



Veillez remplir en caractères d'imprimerie

NOM :

PRENOMS :

LIEU DE NAISSANCE : DATE :

NATIONALITE :

→ En cas de réinscription, veuillez indiquer votre dernier numéro **GS**

ADRESSE en Belgique :

.....

RUE : N° : Bte :

LOCALITE : CODE POSTAL :

GSM : TEL:.....

E-mail :

1. FORMATION

NOM DE L'INSTITUTION

NOM DU MAITRE DE STAGE :

DISCIPLINE :

DURÉE DE LA FORMATION :

2. Documents

Attestation du SPF Santé publique pour avis favorable délivrée le

Ou

Arrêté Royal délivré le

Visa provisoire de votre Arrêté Royal délivré le

3. Renseignements généraux

- Avez-vous déjà été inscrit(e) à un Conseil de l'Ordre en Belgique : OUI – NON
Si OUI, lequel :

- Avez-vous déjà fait l'objet d'une sanction disciplinaire prononcée par un Conseil de l'Ordre ? OUI - NON

- Avez-vous déjà fait l'objet de condamnations prononcées par des juridictions étrangères ? OUI - NON

Je m'engage à prévenir le Conseil de l'Ordre des médecins de Bruxelles et du Brabant wallon en cas de :
- modification(s) dans mes coordonnées (privée et/ou professionnelles) ;
- départ à l'étranger et volonté de maintien ou non de mon inscription à l'Ordre.

Fait à Bruxelles, le

Signature