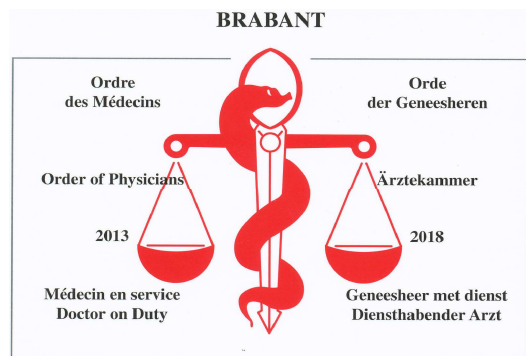




DEMANDE D'INSIGNE PARKING NOMINATIF

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

N° INAMI :

Adresse privée :

Code Postal : Ville :

désire recevoir l'insigne médical créé par le Conseil de l'Ordre des Médecins de Bruxelles et du Brabant wallon et m'engage, sur l'honneur, à ne l'utiliser que dans l'exercice de ma profession et en cas d'absolue nécessité; je reconnais qu'il ne me confère officiellement aucun droit.

Date :

Signature :

Demande à renvoyer :

- par Email : info.bruxelles-brabantwallon@ordomedic.be
- ou par fax : 02/772.40.61