

FICHE D’AFFILIATION

Je soussigné le Dr :	
DOMICILE	
EMAIL	
GSM	
N° INAMI <small>(si déjà connu)</small>	
DIPLOME	Année :
	Université:
TITRE	Généraliste:
	Spécialiste en :
DATE DE NAISSANCE	
SEXE	
LIEU(X) D’ACTIVITE	Cabinet privé:
	Hôpital 1:
	Fonction : Je fais partie du Conseil Médical : oui/non
	Hôpital 2:
	Fonction : Je fais partie du Conseil Médical : oui/non
Glem, Cercle, Association, ...	
Parrainé par	

Je demande à recevoir les informations par mail et par courrier.

J’ai pris connaissance des statuts de l’association.

Fait à Bruxelles, le.....

Signature (et cachet)

Les données demandées ci-dessus sont conservées par l’ABSVM Bruxelles uniquement à usage interne en conformité avec la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel.