

## FICHE D’AFFILIATION

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

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.