

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – MEDECIN AGREE EXTERNE

Nom:

Prénom :

Lieu et date de naissance : Le à

Régime linguistique :

Zone de police où le cabinet se situe :

Adresse du cabinet : Rue.....n°.....

Code postal :..... Commune.....

Adresse du domicile¹ : Rue.....n°.....

Code postal :..... Commune.....

Téléphone du cabinet :

N° de fax:

N° de GSM:



Adresse E-mail (si disponible, à mentionner SVP):

.....

N° INAMI :

Fait à..... le

Signature :

¹ A compléter si différente de l'adresse du cabinet