

**DEMANDE INDIVIDUELLE DE RECONNAISSANCE
D'UNE ACTIVITE DE FORMATION COMPLEMENTAIRE A L'ETRANGER
DANS LE CADRE DE L'ACCREDITATION.**

Renvoyer à:	Institut national d'assurance maladie –invalidité Groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire" Av. de Tervuren 211, 1150 Bruxelles.
-------------	---

LE PRATICIEN DE L'ART DENTAIRE QUI INTRODUIT SA DEMANDE

Nr. INAMI :	
Nom :	
Rue :	
Code Postal :	Commune :
Téléphone :	Fax :

ACTIVITE

Titre :	
Domaine(s) Proposé(s) :	
Organisateur : ⁽¹⁾	
Lieu de l'activité de formation :	
Période :	

DEMANDE

Date de demande :	Signature :
-------------------	-------------

RESERVE A L'ADMINISTRATION ET A LA COMMISSION D'EVALUATION.

Numéro de suite :	Date réception :	Date réception rapport:
Renvoyé à :	Date décision :	Date décision rapport:

DOMAINE	Domaine Med.	Eth., Org. et Socio.- Econ.	Imagerie Méd. Dent	Prév. Dent. Cons., Endo.	Pedo. / Ortho	Patho. Chir. Paro. Impl	Proth. CMD	Dom. Comb.
	1	2	3	4	5	6	7	0
<i>UA</i>								

Cachet et signature du responsable de la Commission d'évaluation:
--

⁽¹⁾ Mentionner le nom, la ville et le pays de l'organisateur.

**DEMANDE INDIVIDUELLE DE RECONNAISSANCE
D'UNE ACTIVITE DE FORMATION COMPLEMENTAIRE A L'ETRANGER
DANS LE CADRE DE L'ACCREDITATION.**

LE PRATICIEN DE L'ART DENTAIRE QUI INTRODUIT SA DEMANDE

Numéro I.N.A.M.I. :

Nom :

ACTIVITE

Titre :

Durée :

Orateur(s) :

Curriculum succinct :

Contenu, avec mention du planning :

Précisions éventuelles:

Formation complémentaire intéressant plusieurs domaines:

Formation complémentaire durant plusieurs jours:

Faites déjà votre choix au moment de la demande, en fonction de votre futur rapport d'activité indispensable: