



# Demande de reconnaissance d'une activité pour l'accreditation

☞ A renvoyer au : \* Comité Paritaire d'accréditation de Médecine Générale  
\* Comité Paritaire de Médecine spécialisée en .....  
\* Groupe de travail Ethique & Economie  
INAMI – Avenue de Tervuren, 211 - 1150 Bruxelles

\* biffer la mention inutile – à compléter éventuellement

☞ Nom de l'association organisatrice de Formation Médecine Continue : .....	
☞ Numéro d'identification de l'organisateur : <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Adresse :	
Code postal :	Localité :
	Fax :
Nom et prénom du médecin responsable :	
N° INAMI. :	Qualité :
Adresse :	
Code postal :	Localité :
	Fax :

☞ Description de l'activité :		
Nature/Forme didactique :		
Sujet :		
Date :	Lieu :	
Durée :	Heure début :	Heure fin :

☞ Orateur :	
Nom et prénom :	Qualité :
Localité :	

☞ Médecin responsable de la séance :	
Nom et prénom :	N° INAMI. :
Localité :	Qualité :

☞ Modérateur :	
Nom et prénom :	N° INAMI. :
Localité :	Qualité :

Réservé au Comité Paritaire d'Accréditation.			
Date :	Titre :	Durée :	Décision :
-----	-----	-----	<b>Décision :</b>
Un programme P est joint : <b>Oui – non</b>			Accordé ..... <input type="checkbox"/>
Rubrique :	- Observations - Motivations :	C.P. :	<b>A renvoyer :</b>
Entre en ligne de compte pour le titre professionnel particulier en oncologie			- à l'organisateur ..... <input type="checkbox"/>
Personne ayant évalué : Nom ou Cachet, signature			- au GDA ..... <input type="checkbox"/>
			- au CP de ..... <input type="checkbox"/>
Date :			Refus motivé ..... <input type="checkbox"/>
			.....