

Demande de reconnaissance d'une activité pour l'accréditation

☞ A renvoyer au : * **Comité Paritaire d'accréditation de Médecine Générale**
 * **Groupe de travail Ethique & Economie**

** biffer la mention inutile*

☞ Nom de l'association organisatrice de Formation Médicale Continue : S.S.M.G.	
☞ Numéro d'identification de l'organisateur : 2 . 0 0 1	
Adresse : rue de Suisse 8	
Code postal : 1060	Localité : Bruxelles
☎ : 02/533.09.80	Fax : 02/533.09.90
Nom et prénom du médecin responsable : VAN DER SCHUEREN Thierry	
N° INAMI : 19291716004	Qualité : Médecin Généraliste
Adresse : rue de Suisse 8	
Code postal : 1060	Localité : Bruxelles
☎ : 02/533.09.80	Fax : /

☞ Description de l'activité :		
Nature/Forme didactique : Séminaire régional		
Sujet :		
Date :	Lieu (adresse complète) :	
Durée :	Heure début :	Heure fin :

☞ Orateur :	
Nom et prénom :	Qualité :
Localité :	

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

☞ Modérateur :	
Nom et prénom :	N° INAMI :
Localité :	Qualité : Médecin généraliste

Réservé au Comité Paritaire d'Accréditation :

Date :	Titre :	Durée :	Décision :
			Accordé <input type="checkbox"/>
	Un programme P est joint : oui - non		A renvoyer :
Rubrique :	- Observations - Motivations :	CP :	- à l'organisateur <input type="checkbox"/>
Entre en ligne de compte pour le titre professionnel particulier en oncologie <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON			- au GDA <input type="checkbox"/>
Personne ayant évalué : Nom ou Cachet, signature			- au CP de <input type="checkbox"/>
			Refus motivé <input type="checkbox"/>
		
Date :			