CHU Saint-Pierre – Centre CéMAVIE (7.76.101.93)

**FORMULAIRE DE NOTIFICATION AU MEDECIN-CONSEIL**

*à remplir par la bénéficiaire*

**Identification de la bénéficiaire (à remplir si vous ne disposez pas d’une vignette délivrée par l’organisme assureur/mutualité) ou collez une vignette**

Nom-Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Numéro d’identification à la sécurité sociale belge (NISS ou numéro de registre national) :

……………………………………………………………………………………..………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………

Date de naissance : …. /…. / ……..

Je déclare vouloir une intervention de l’assurance soins de santé (= ma mutualité) dans l’accompagnement médical et psychosocial mis en place par le Centre CeMAVIE du CHU Saint-Pierre à Bruxelles.

|  |
| --- |
| Date et signature de la bénéficiaire[[1]](#footnote-1) |

1. Si un mandataire signe le présent formulaire, indiquer son nom, sa relation par rapport à la bénéficiaire et sa résidence principale : commune, rue et numéro [↑](#footnote-ref-1)