



**Accréditation des médecins et des pharmaciens
biologistes –
Demande de création d'un nouveau GLEM**

Province dans laquelle les réunions se tiendront :
Spécialité :

<u>Rapporteur</u>	
1. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution : Signature* :

<u>Membres</u>	
2. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution : Signature* :
3. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution : Signature* :

* À imprimer et à signer ou à [signer électroniquement](#).

<p>4. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>5. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>6. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>7. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>8. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>9. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

* À imprimer et à signer ou à [signer électroniquement](#).

<p>10. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>11. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>12. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>13. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>14. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>15. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>


* À imprimer et à signer ou à [signer électroniquement](#).

<p>16. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>17. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>18. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>19. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>20. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>21. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

* À imprimer et à signer ou à [signer électroniquement](#).

<p>22. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>23. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>24. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>25. Numéro INAMI : Nom et prénom : Adresse ou institution :</p> <p>Signature* :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p>Comment renvoyer ce formulaire ?</p>
<p>Veillez renvoyer ce formulaire à info.accredit@riziv-inami.fgov.be.</p>

	<p>Vous trouverez toutes les informations concernant l'accréditation des médecins sur notre site web www.inami.be > Professionnels > Médecins > Qualité des soins > Accréditation.</p>
---	--

* À imprimer et à signer ou à [signer électroniquement](#).