

**FORMULIER IN TE VULLEN EN TERUG TE STUREN AAN** : Mevrouw Ligea BRUYLANT

RIZIV

Verantwoordelijke geneesheren van de navormingsactiviteiten

Tervurenlaan 211

B -1150 Brussel

**Lijst van de geneesheren, verantwoordelijk voor de erkenning van de activiteiten georganiseerd in uw instelling**

Identificatienummer van de organiserende vereniging :  .

Naam van de organiserende vereniging : .....

Naam van de deeltiteit (dienst-gebouw- ...): .....

Contactadres van de deeltiteit : .....

Telefoon- en faxnummer : .....

RIZIV-nummer van de geneesheer(heren) verantwoordelijk voor de erkenning van de activiteit <b><u>De RIZIV-nummers moeten duidelijk leesbaar en juist zijn ! Dank u !</u></b>	Naam en voornaam van de verantwoordelijke geneesheer(heren) Contactadres - straat - nr. - bus Postnummer en plaats + <u>nummer rijksregister</u>	Handtekening van de verantwoorde- lijke geneesheer(heren) die de aanwe- zigheidslijsten moet(en) bijhouden per navormingsactiviteit, gedurende 5 jaar
<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

**Eventuele opmerkingen :**