



UNION PROFESSIONNELLE DES CHIRURGIENS BELGES

Union légalement reconnue

Avenue de la Couronne 20 - 1050 BRUXELLES - Tel. (02) 649.21.47 - Fax (02) 649.26.90

<http://www.belsurg.org> - e-mail : info@belsurg.org

DEMANDE D'AFFILIATION

Par la présente, je souhaite demander mon affiliation à l'Union Professionnelle des Chirurgiens belges

Je déclare :

1. être inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins.
2. n'avoir subi aucune sanction majeure définitive (suspension) de la part d'un Conseil de l'Ordre des Médecins.
3. être agréé comme médecin spécialiste en chirurgie par le Ministère de la Santé Publique.
4. pratiquer exclusivement la chirurgie.

IDENTIFICATION

Nom et prénom :

N° INAMI : Date de naissance :

Université :

Année diplôme en qualité de médecin : .. Année agrégation en qualité de chirurgien :

Date d'inscription à la Commission Médicale Provinciale :

STAGES dans des services de chirurgie depuis l'obtention du diplôme de médecin

Dans quels hôpitaux universitaires, civils ou militaires, ou institutions de soins (Belgique ou étranger) avez-vous fait des stages depuis l'obtention du diplôme de médecin ?

.....	Période :
.....	Période :
.....	Période :
.....	Période :
.....	Période :
.....	Période :

Un certificat d'agrégation a-t-il été obtenu? OUI / NON

Si oui, quand ?

Quelle autorité a délivré le document ?

FONCTIONS ACCOMPLIES dans un service chirurgical :

Nom de l'hôpital/institution	Fonction	Période
.....
.....
.....
.....
.....

FONCTION EXERCEE ACTUELLEMENT dans un service chirurgical :

Nom de l'hôpital/institution

Fonction

.....
.....

Formation éventuelle pour l'obtention d'un titre de COMPETENCE PARTICULIERE COMPLEMENTAIRE (soins intensifs, médecine d'urgence,...)

.....
.....

REFERENCES de Professeurs ou membres de l'Union Professionnelle des Chirurgiens Belges

.....
.....
.....

ADRESSE PRIVEE / CORRESPONDANCE

Rue: N° Bte

Code postal : Ville:

Tél. : Fax:

GSM : E-mail :

ADRESSE PROFESSIONNELLE

Clinique / Rue: N° Bte

Code postal : Ville:

Tél. : Fax :

E-mail :

PARRAINAGE

Nom de confrère, membre de l'Union Professionnelle des Chirurgiens Belges, qui appuie votre candidature

Nom : Signature :

Le soussigné déclare que les renseignements fournis sont strictement exacts et autorise le Jury d'Admission créé au sein de l'Union Professionnelle à prendre, en pleine indépendance, toutes informations qu'il pourrait juger utiles. Le soussigné estime, en conséquence, posséder la compétence pour exercer la chirurgie et s'engage à respecter les statuts de l'Union.

Date : Signature :

Cachet :