

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES OBSTETRICIENS ET GYNECOLOGUES BELGES

DEMANDE D'AGREATION COMME MEMBRE DE L'ASSOCIATION

1. Nom et prénom :

ADRESSE PRIVEE / CORRESPONDANCE

Rue : N° Bte

Code postal : Ville :

Tél. : Fax :

E-mail : GSM :

ADRESSE PROFESSIONNELLE 1

Clinique / Rue :

Code postal : Ville :

Tél. : Fax :

E-mail : GSM :

ADRESSE PROFESSIONNELLE 2

Clinique / Rue :

Code postal : Ville :

Tél. : Fax :

E-mail : GSM :

Lieu et date de naissance :

Université : Année diplôme :

Date d'inscription à la Commission Médicale Provinciale :

Date de reconnaissance par la Commission d'Agréation ministérielle :

2. Stages en gynécologie et obstétrique depuis l'obtention du diplôme de médecine

Services universitaires ou reconnus pour agréation : Date initiale et finale :

.....

.....

3. Etes-vous reconnu par l'I.N.A.M.I. ? OUI - NON

Quand ? N° :

4. Fonctions actuelles dans un service de gynécologie et obstétrique :

Fonction	Université ou hôpital	Depuis
.....
.....
.....

5. Pratiquez-vous exclusivement la gynécologie et l'obstétrique ?

OUI - NON Depuis combien de temps ?

6. Etes-vous membre de l'Association Royale Belge de Gynécologie et d'Obstétrique (par le Groupement des Gynécologues de

langue française ou par la Vereniging van Nederlandstalige Gynaecologen) ?

Etes-vous membre d'autres associations scientifiques ?

7. Références de 2 gynécologues, membres de l'Association professionnelle :

.....

.....

8. Annexes à la demande : tous les renseignements ou documents que vous jugez pouvoir intéresser la commission d'agréation.

Le soussigné déclare que les renseignements ci-dessus sont exacts et soumet cette demande d'agréation au comité d'agréation conformément aux statuts de l'Association professionnelle.

Fait à le

Signature :