

ACCREDITATION DES MEDECINS et des PHARMACIENS BIOLOGISTES DEMANDE D'ACCREDITATION PROVISOIRE

Nom :

Prénom :

Rue : N° Bte.....

Code postal : Localité :

Téléphone :

Adresse e-mail :

Spécialité :

N° INAMI :

Le numéro de compte sur lequel l'INAMI paie le montant forfaitaire d'accréditation est géré via [la gestion en ligne des données d'identification et des données financières](#) (MyInami).

Je suis inscrit au Groupe Local d'Evaluation Médicale (GLEM) n° :

- J'envoie cette demande d'accréditation provisoire en même temps que ma demande d'agrément
- J'envoie cette demande d'accréditation provisoire après avoir obtenu mon agrément

Date + cachet + signature

A renvoyer à Madame Anne BERNARD
Service des Soins de santé de l'INAMI
211 avenue de Tervueren
1150 BRUXELLES
Informations : 02/739.77.47 ou 02/739.78.98