**Annexe 1 – Données relatives aux médecins supplémentaires faisant partie du groupement.**

NB : Pour chaque médecin supplémentaire, veuillez compléter cette annexe.

**IDENTITE MEDECIN**

1. **Identité**

Nom………………………………………………………………………………………….Prénom…………………………………………………………………….

Adresse (rue + numéro)………………………….………………………………………………………………………………………………………………….

Code postal + commune…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Numéro tél/GSM…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adresse Email………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Date de naissance : Jour……… Mois ………… année …………………………………………….…………………………………………….

Lieu de naissance………….……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Sexe : ◊ M ◊ F

Nationalité………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Numéro de registre national………………………………………………………………………………………………………………………………………

Carte d’identité valable jusqu’au : Jour……… Mois ………… année ……………………………………………………………………….

Date agréation INAMI Jour……… Mois ………… année ………………………………………………………………………………………….

Numéro INAMI………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Numéro d’entreprise (BCE) – si d’application…………………………………………………………………………………………………………..

Date d’inscription à un cercle de médecine générale : Jour……… Mois ………… année ………………………………………

1. **Lieu d’installation**

Rue + numéro…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Code postal + commune……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Période de participation au groupement**

Date de début de la participation au groupement : Jour……… Mois ………… année ……………………………………………

Date de fin de la participation au groupement : Jour……… Mois ………… année ………………………………………………