**GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

**Belliardstraat 71/1 - 1040 Brussel**

**impulseobruxelles@ccc.irisnet.be**

**Tel 02/502 60 01** [**www.ccc.irisnet.be**](http://www.ccc.irisnet.be)

**ATTEST VAN NIEUWE INSTALLATIE**

Gelieve de activiteiten te beschrijven die u hebt uitgeoefend sinds het bekomen van uw erkenning als huisarts

**Datum van erkenning**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Beroepsactiviteiten uitgeoefend binnen de medische sector** | | | | | | | |
| Startdatum | Einddatum | Type activiteit | Plaats van uitoefening (\*) | Zelfstandige | | Loontrekkende | |
| Voltijds | Deeltijds | Voltijds | Deeltijds |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

(\*)Adres opgeven en aanduiden in welk kader u deze activiteit heeft uitgeoefend (ziekenhuis, medisch huis,…)

Ik ondertekende,,…………………………………………………………huisarts, met identificatienummer RIZIV ………………………………………..

momenteel gedomicilieerd te ………………………………………………………………..

bevestig dat de premie Impulsfonds zal aangewend worden voor de financiering van mijn nieuwe installatie als huisarts op datum van ………………………………………………………………………..

Gedaan te ……………………………………………………………….., op…………………………………………………………………………….

Handtekening huisarts Naam en voornaam