

UNION NATIONALE DES MUTUALITES SOCIALISTES

QUESTIONNAIRE – DOSSIER ACUPUNCTEURS

NOM (en lettres majuscules SVP) :

.....

PRENOM (en lettres majuscules SVP) :

.....

ADRESSE POSTALE + N° DE TELEPHONE (en lettres majuscules SVP) :

.....

.....

Téléphone :

ADRESSE(S) DU CABINET + N° DE TELEPHONE (en lettres majuscules SVP) :

.....

.....

Téléphone :

Adresse e-mail :

➤ *Disposez-vous d'un diplôme en médecine ?*

OUI

NON

➤ *Avez-vous un numéro INAMI en tant que médecin ?*

OUI Dans l'affirmative, veuillez indiquer le numéro :

NON

VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DU DIPLÔME D'ACUPUNCTEUR.

➤ *Etes-vous membre d'une association professionnelle ?*

OUI Dans l'affirmative, laquelle ?

NON

➤ *Avez-vous une assurance responsabilité professionnelle couvrant votre activité d'acupuncture récente ?*

OUI

NON

DANS L’AFFIRMATIVE, VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE LA PREUVE DE PAIEMENT DE CETTE ASSURANCE RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE.

Le (la) soussigné(e) déclare par la présente avoir complété ce questionnaire de manière sincère et complète.

Signature :

Date :

Veillez retourner ce questionnaire ainsi que les copies demandées dans les plus brefs délais à l'attention de :

***U.N.M.S.
Direction A.C.
Rue Saint-Jean 32-38 à 1000 BRUXELLES
Tél. 02/51.50.500
Fax 02/51.51.761
E-Mail : mutualis@mutsoc.be***