

SOCIETE MUTUALISTE « MUTUALIS »

FORMULAIRE – SERVICE CHIROPRACTIE

NOM (en lettres majuscules SVP) :

.....

PRENOM (en lettres majuscules SVP) :

.....

ADRESSE POSTALE (en lettres majuscules SVP) + **N° DE TELEPHONE** + **ADRESSE E-MAIL** :

.....

Téléphone : **Adresse e-mail** :

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

.....

..... **Téléphone** :

.....

..... **Téléphone** :

.....

..... **Téléphone** :

Disposez-vous d'un diplôme de Chiropracteur ?

OUI

NON

DANS L’AFFIRMATIVE, VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DU DIPLÔME

Etes-vous couvert actuellement par une assurance responsabilité civile professionnelle pour la pratique de la chiropractie ?

OUI

NON

DANS L’AFFIRMATIVE, VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE LA PREUVE DE SOUSCRIPTION ACTUELLE DE CETTE ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Signature :

Date :

Veillez retourner ce formulaire ainsi que les copies demandées à l’attention de :

Société mutualiste « MUTUALIS »

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