

INSCRIPTION AU TABLEAU DU CONSEIL PROVINCIAL DE LIEGE

Veuillez remplir clairement à l'encre noire et en caractères d'imprimerie. Remplir toutes les dates dans le format dd/mm/jjjj.

A. Données à caractère personnel

| | | | |
|-------------------|-----------------|----------------------|---|
| Nom | | | |
| Prénom | | | |
| Date de naissance | D D M M Y Y Y Y | Sexe | |
| Lieu de naissance | | N° Registre national | - |
| Nationalité | | | |

B. Données de contact

| | | | |
|--|-----|------------------|--|
| B.1. Domicile légal | | | |
| Code postal | | Commune | |
| Téléphone | Fax | Téléphone mobile | |
| | | | |
| Email | | | |
| B.2. Adresse de l'activité médicale principale | | | |
| Code postal | | Commune | |
| Téléphone | Fax | Téléphone mobile | |
| | | | |
| Email | | | |
| B.3. Adresse pour la correspondance | | | |
| Code postal | | Commune | |

C. Diplôme et agréation

| C.1. Diplôme de base | |
|---|------------------------|
| Date et université du diplôme | Date et numéro du visa |
| DD/MM/YYYY | DD/MM/YYYY |
| C.2. Agréation, autres diplômes ou grades académiques | |
| | DD/MM/YYYY |
| | DD/MM/YYYY |
| | DD/MM/YYYY |
| | DD/MM/YYYY |

D. Inscription antérieure

| D.1 A déjà été inscrit au Tableau de l'Ordre de |
|---|
| |
| D.2. Sous le numéro |
| |

E. Fonction comme médecin

| | | |
|--------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | E. 1. Provisoirement pas d'activité médicale fixe | |
| <input type="checkbox"/> | E.2. Assistant médecin généraliste en formation : auprès d'un maître de stage agréé : | |
| <input type="checkbox"/> | E.3. Assistant médecin spécialiste en formation auprès d'un maître de stage : | |
| <input type="checkbox"/> | E.4. Exerce la spécialité suivante E.4.a. dans la/les institution(s) : E.4.b. en privé à : E.4.c. in association avec le/s docteur/s : | |

| | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <p>E.5. Exerce la médecine administrative</p> <p>E.5. a. depuis :</p> <p>E.5.b. auprès :</p> <p>E.5.c. à :</p> <p>E.5.d. comme seule activité médicale :</p> <p>E.5.e. en combinaison avec :</p> <p>E.5.f. sous contrat de travail :</p> | <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> | <p>E.6. Médecin scolaire</p> <p>E.6.a. attaché à :</p> <p>E.6.b. depuis :</p> <p>E.6.c. plein temps / temps partiel (à raison de) :</p> | <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> | <p>E.7. Médecin enseignant</p> <p>E.7.a. nature :</p> <p>E.7.b. attaché à :</p> <p>E.7.c. depuis :</p> <p>E.7.d. plein temps / temps partiel (à raison de) :</p> | <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> | <p>E.8. Médecin du travail</p> <p>E.8.a. attaché à :</p> <p>E.8.b. plein temps / temps partiel (à raison de) :</p> <p>E.8.c. sans autre activité médicale :</p> <p>E.8.d. avec une autre activité médicale (laquelle ?) :</p> | <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| <input type="checkbox"/> | <p>E.9. Autres activités plein temps / temps partiel (décrire)</p> | <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="background-color: #cccccc; height: 20px; width: 100%;"></div> |

| | |
|---|---|
| <p>F.7. Distance entre le domicile et le(s) lieu(x) d'exercice d'une activité médicale :</p> | <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div> |
| <p>F.8. Décrivez le plus précisément possible votre activité dans les institutions précitées :</p> | <div style="border: 1px solid black; height: 200px;"></div> |
| <p>F.9.a. Exercez-vous une fonction dans l'une des institutions précitées ? E.9.b. Laquelle?</p> | <div style="border: 1px solid black; height: 80px;"></div> |
| <p>F.10. Comment assurez-vous la continuité des soins dans vos activités?</p> | <div style="border: 1px solid black; height: 200px;"></div> |
| <p>F.11.a. Participez-vous à des services de garde ? F.11.b. Exercez-vous encore d'autres activités qui n'entrent pas dans cette grille ? F.11.b.i. lesquelles ? F.11.b.ii quand ? F.11.b.iii où ?</p> | <div style="border: 1px solid black; height: 130px;"></div> |

Le/La soussigné(e) déclare que les données indiquées dans le questionnaire ci-dessus sont conformes à la réalité.
Des modifications seront communiquées sans délai au conseil provincial.

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement au sens de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard du traitement des données à caractère personnel, dont la finalité est l'accomplissement des missions légales de l'Ordre des médecins, telles que définies et organisées par l'Arrêté royal n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, et ses arrêtés royaux d'exécution.

Le responsable du traitement est le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins (place de Jamblinne de Meux, 34-35 à 1030 Bruxelles)

Dans les cas déterminés par la loi, les informations vous concernant sont communiquées aux autorités publiques, notamment à la Commission Médicale provinciale, au procureur Général près la Cour d'appel, à l'INAMI et au ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

Vos coordonnées professionnelles et votre spécialisation font l'objet d'un accès public, notamment via le site internet du Conseil national de l'Ordre des médecins (<http://www.ordomedic.be>).

Les membres de l'Ordre peuvent en outre prendre connaissance, via la partie intranet du site internet du Conseil national de l'Ordre des médecins (<http://www.ordomedic.be>), de votre numéro INAMI et du Conseil provincial de l'Ordre des médecins auquel vous êtes inscrit.

L'accès aux données vous concernant est justifié par la continuité des soins, l'organisation des services de garde et le libre choix du médecin.

Des informations relatives à vos conditions d'exercice en Belgique peuvent, dans les cas légalement prévus, être communiquées à l'autorité compétente d'un autre Etat membre de l'Union européenne.

A votre demande, vous obtiendrez communication des données à caractère personnel vous concernant qui sont traitées par l'Ordre des médecins.

Toute convention avec des confrères ou des tiers, concernant la médecine, doit être matérialisée par un écrit, et être soumise à l'approbation préalable de l'Ordre.

Le/la soussigné(e) déclare qu'il/elle n'exercera pas la médecine avant d'avoir contracté une assurance en responsabilité professionnelle civile.

Apporter la mention manuscrite : "j'ai pris connaissance de ce qui précède et accepte".

| | |
|-------------------|----------------------|
| Date: | <input type="text"/> |
| Lieu : | <input type="text"/> |
| Signature: | <input type="text"/> |