

PROMOTION 2024
DEMANDE D'INSCRIPTION

BABY DOC

A partir du

A compléter par l'Ordre des Médecins de Liège

Nom + Prénom :

N° Ordre :

Date d'inscription :

INFORMATIONS PERSONNELLES

NOM & PRENOM :

DATE & LIEU DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

NUMERO DE REGISTRE NATIONAL*

ADRESSE LEGALE

RUE & NUMERO :

CODE POSTAL : LOCALITE : PAYS :

TEL* : GSM* :

E-MAIL PRIVE* :

ADRESSE DE CORRESPONDANCE OU DE CONTACT

idem adresse légale

RUE & NUMERO :

...

CODE POSTAL : LOCALITE : PAYS :

TEL* : GSM* :

E-MAIL PRIVE*

(MERCI DE COMMUNIQUER UNE AUTRE ADRESSE MAIL QUE @student.uliege.be)

ADRESSE PROFESSIONNELLE (Lieu de formation) - (VEUILLEZ COCHER SVP)

Si le lieu de votre formation est confirmé :

Nom du maître de stage :

Nom institution ou cabinet médical (adresse) :

RUE & NUMERO :

CODE POSTAL : LOCALITE : PAYS :

TEL : GSM :

S'il n'est pas confirmé, votre adresse professionnelle sera momentanément votre adresse privée.

ATTENTION : cette adresse sera accessible via les sites www.ordomedic.be et www.omlg.eu. Vous vous engagez dès lors à nous informer ultérieurement de la localisation de votre activité.

FORMATION : (veuillez cocher SVP)

Médecine Générale Médecine Spécialisée : Discipline

Orientation indéterminée à ce jour

DIPLÔME : ULG UCL ULB Date de proclamation :

Lu et approuvé

Date :

Signature

***Données obligatoires pour un contact éventuel**