**DEMANDE DE RECONNAISSANCE
D'UNE ACTIVITE DE FORMATION COMPLEMENTAIRE
DANS LE CADRE DE L'ACCREDITATION.**

Renvoyer à:	Institut national d'assurance maladie invalidité Groupe de direction Promotion de la qualité de l'art dentaire Av. de Tervuren 211, 1150 Bruxelles.
-------------	---

ORGANISATEUR

N°. Identification :	
Nom :	
Rue :	
Code Postal :	Commune :
Personne de contact pour l'organisateur :	
Téléphone :	Fax :

ACTIVITE

Titre :	
Domaine Proposé :	
Lieu de l'activité de formation :	
Nombre maximal de participants :	Date :
Personne de contact pour cette activité :	

DEMANDE

Date de demande :	Signature de l'organisateur :
-------------------	-------------------------------

RESERVE A L'ADMINISTRATION ET A LA COMMISSION D'EVALUATION.

Numéro de suite :	Date réception :
Renvoyé à :	Date décision :

DOMAINE	Domaine Med.	Eth., Org. et Socio.- Econ.	Imagerie Méd. Dent	Prév. Dent. Cons., Endo.	Pedo. / Ortho	Patho. Chir. Paro. Impl	Proth. CMD	Dom. Comb.
	1	2	3	4	5	6	7	0
<i>UA</i>								

Cachet et Signature du Responsable De la Commission d'Evaluation:
--

**DEMANDE DE RECONNAISSANCE
D'UNE ACTIVITE DE FORMATION COMPLEMENTAIRE
DANS LE CADRE DE L'ACCREDITATION.**

ORGANISATEUR

Numéro d'identification :

Nom :

Intitulé de l'activité :

ACTIVITE

Titre :

Durée :

Orateur(s) :

Curriculum succinct (5 lignes):

Nombre de Modules:

Contenu (10 lignes):

Planning:

S'il s'agit d'une activité répétitive, indiquez un numéro d'agrément accordé précédemment et joignez une copie de la notification de l'acceptation de l'activité :