

ORDRE DES MEDECINS
CONSEIL PROVINCIAL DE LIEGE

Rue Forgeur, 6 bte 011 – 4000 LIEGE

Téléphone 04/223.44.36

Fax 04/222.39.11

E-mail om.prov.liege@skynet.be

NOM et Prénom :-----

OMNIPRATICIEN OU SPECIALISTE EN (biffer la mention inutile)

DOMICILE élu : CP-----localité-----

Téléphone -----Fax-----

Inscrit actuellement sous le numéro : -----

au Tableau de la province de : -----

N° I.N.A.M.I. : -----

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES CABINETS MEDICAUX,
LA CONTINUITE DES SOINS ET LA PARTICIPATION AU ROLE DE GARDE**

1) LIEUX DES ACTIVITES MECICALES -----

JOUR	MATINEE	APRES-MIDI
LUNDI		
MARDI		
MERCREDI		
JEUDI		
VENDREDI		
SAMEDI		
DIMANCHE		

NB : les activités en dehors de la province ou en dehors du pays doivent être mentionnées.

(remplissez également la suite au verso s'il vous plaît)

2) DISTANCE KILOMETRIQUE ENTRE LE DOMICILE ET LES DIFFERENTS CABINETS MEDICAUX

3) LIEU DE L'ACTIVITE PRINCIPALE

4) DECRIVEZ PRECISEMENT VOTRE ACTIVITE AU CAS OÙ CELLE-CI COMPORTERAIT UN ASPECT SPECIFIQUE AU SEIN DE VOTRE SPECIALITE

5) VOTRE ACTIVITE COMPORTE-T-ELLE UN VOLET INTERVENTIONNEL ?

6) OÙ PRATIQUEZ-VOUS VOS INTERVENTIONS ? (En cas de réponse positive au n°5)

7) COMMENT JUSTIFIEZ-VOUS LA MULTIPLICITE ENVENTUELLE DE VOS SITES D'ACTIVITES ?

8) COMMENT ASSUREZ-VOUS LA CONTINUITE DES SOINS ? (articles 112 et 114 du Code)

9) A QUEL SERVICE DE GARDE PARTICIPEZ-VOUS EVENTUELLEMENT ? (article 117 du Code)

10) MENTIONS PORTEES SUR LA PLAQUE

Date et signature