



Inscription au registre professionnel des médecins-dentistes, respectivement des médecins-dentistes spécialistes

Base légale : article 33 de la loi modifiée du 29 avril 1983 concernant l'exercice des professions de médecin, de médecin-dentiste et de médecin-vétérinaire

Nom : _____

Prénom : _____

Titre professionnel : _____

Date d'établissement(*): _____

Adresse du cabinet médical : _____ N° : _____

Code postal : _____ Localité : _____

Numéro de téléphone professionnel : _____

Agréé auprès d'un établissement hospitalier : oui non

Si oui veuillez indiquer l'établissement hospitalier : _____

Numéro de téléphone auprès de l'établissement hospitalier: _____

_____ le _____

(Lieu) (Date) (Signature)

(*) Si pour une raison ou une autre vous décidez de ne pas vous établir de suite vous êtes prié de bien vouloir en informer le Ministère de la Santé.

Vous êtes prié de bien vouloir remplir le formulaire et de le retourner au Ministère de la Santé