

BULLETIN D'AFFILIATION ou MISE A JOUR DE VOS DONNEES

Nom - Prénom : N° INAMI : _ _ - _ _ - _ _ - _ _

Société :

Domicilié(e) N° Boite

Code postal Commune

Tél. : GSM :

Mail :

Nationalité : Date de naissance : Sexe :

Numéro de registre national : _ _ . _ _ . _ _ - _ _ _ . _ _

Diplômes : université : Année :

Spécialisation : université : Année :

Lieu d'activité principal :

Lieu d'activité annexe :

- A cocher si vous acceptez, le cas échéant, d'être présenté comme candidat à un mandat relatif aux activités de représentation du corps médical (Conseil, Commission, Groupe de Travail ou autre) à l'INAMI, au SPF santé publique, à l'ABSyM Wallonie, à l'ABSyM Fédéral, ...
- Si une préférence à cet égard, merci de préciser :
.....
- A cocher si vous êtes maître de stage

Si votre conjoint est un médecin :

Nom - Prénom : N° INAMI : _ _ - _ _ - _ _ - _ _

Je verse ce jour ma cotisation 2025 fixée à € par virement sur le compte CBC BE53 7320 3913 9753 en mentionnant le nom-prénom et n° d'INAMI (+ le groupe ou les informations du conjoint si nécessaire)

Ou

Ma cotisation sera versée par l'intermédiaire de (Cercle, hôpital, ...)

Fait à Le

Signature et cachet

Si complété à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case

Date d'exécution souhaitée dans le futur	Montant	EUR	CENT
Compte donneur d'ordre (IBAN)			
Nom et adresse donneur d'ordre			
Compte bénéficiaire (IBAN)	B E 5 3 7 3 2 0 3 9 1 3 9 7 5 3		
BIC bénéficiaire	C R E G B E B B		
Nom et adresse bénéficiaire	ABSyM Wallonie - Syndicat des Médecins généralistes et spécialistes wallons - ASBL		
Communication			