Annexe B

**Les demandes de reconnaissances se font de préférence en ligne, le formulaire peut aussi être envoyé par mail à** [**accr.tandarts@riziv-inami.fgov.be**](mailto:accr.tandarts@riziv-inami.fgov.be)

|  |
| --- |
| **Demande de reconnaissance**  **d'une activité de formation complémentaire**  **dans le cadre de l'accréditation.** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 avec numéro d’INAMI pour l'organisateur : |  |
| Téléphone : | Adresse mail : |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Activité*** | |
|  | |
| Titre de l’activité de formation complémentaire : | |
| Sous-domaine(s) proposé(s) : | |
| Lieu de l'activité de formation avec adresse complète : | |
| Nombre maximal de participants : | Date : |
| Personne de contact pour cette activité : | |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Demande*** | |
|  |  |
| Date de demande : | Signature de l'organisateur : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Réservé à l'administration et à la commission d'évaluation.*** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Numéro de suite : | |  | | | Date réception : | | |  | | | | |
| Renvoyé à : | |  | | | Date décision : | | | | | | | |
|  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |
| ***Sous-Domaine*** | Domaine Med. | | Eth., Org. et Socio.- Econ. | Imagerie Méd. Dent | | Prév. Dent. Cons. Endo. | Méd.Dent.Pédi/  Ortho | | Patho.Chir.  Paro. Impl | Proth.  CMD | Sous-Dom.  Combinés |
|  | 1 | | 2 | 3 | | 4 | 5 | | 6 | 7 | 0 |
| *UA* |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |
| Cachet et Signature du Responsable  De la Commission d'Evaluation: | | | | | | | | | | | |
| **Demande de reconnaissance**  **d'une activité de formation complémentaire**  **dans le cadre de l'accréditation.** | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| ***Organisateur*** |
|  |
| Numéro d'identification : |
| Nom : |
| Intitulé de l'activité : |

|  |
| --- |
| ***Activité*** |
|  |
| Titre : |
| Durée : |
| Orateur(s) : |

|  |
| --- |
| Curriculum des orateurs : |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 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 : ..............* |