



FORMULAIRE D’AFFILIATION

Afin de nous donner l’occasion d’enregistrer des informations complètes et exactes dans notre base de données et pour permettre à terme aux patients, hôpitaux, mutualités et à d’autres prestataires de soins de consulter ces données sur notre site web, nous vous demandons de bien vouloir remplir ce formulaire et nous le renvoyer signé.

Pour pouvoir être membre de l’AIIB, vous devez signer ce formulaire d’affiliation

Nous vous remercions pour votre collaboration.

Membre AIIB N° : **Date d’affiliation: . / . / 2011**

Demande d’affiliation:

Le (La) soussigné(e) souhaite adhérer à l’Association des Infirmières Indépendantes de Belgique (AIIB) asbl. Il/Elle déclare exercer la profession d’infirmier indépendant à domicile à titre principal – à titre complémentaire et ne pas faire partie d’un service de soins infirmiers à domicile.

Je suis d’accord **Je ne suis pas d’accord** pour que mes données soit transmises à DocCheck via son partenaire belge, Medical Web services (MWS). (Attention, ceci sera à terme nécessaire pour vous que vous ayez accès à la partie membre du site web de l’AIIB)

.....
(Signature)

Données personnelles

NOM :

PRENOM :

RUE :

N° Bte

CODE POSTAL : COMMUNE :

Date de naissance:/...../.....

N°INAMI :

Numéro registre National:

Indépendant à titre principal : OUI – NON

Téléphone:/.....

GSM:

Adresse e-mail Fax ::

Depuis quand travaillez-vous comme infirmier indépendant ?/...../.....

Etes-vous spécialisé ?

Infirmier de référence : Educateur :

