

Vos coordonnées

Nom :	Prénom :
Lieu et date de naissance : à _____, le _____ / _____ / _____	
Nationalité :	Sexe : M F
Adresse privée:	
Domicile légal (si différent de l'adresse privée) :	
Téléphone :	GSM :
E-mail privé :	
N° Inami :	
N° carte d'identité :	
N° registre national :	
N° permis de travail :	

Coordonnées bancaires

PRESTATAIRE EN PERSONNE PHYSIQUE

Nom du Bénéficiaire du compte bancaire :
N° compte bancaire :
Code IBAN :
Code BIC :

PRESTATAIRE EN SOCIETE

Nom de la société :
Adresse du siège social de la société :
Numéro national de la société :
Nom du compte bancaire de la société :
Code IBAN :
Code BIC :

Documents à fournir

- Copie(s) de(s) diplôme(s)
- Copie de votre contrat d'assurance Responsabilité Civile
- Certificat de bonne vie et mœurs
- Photocopie de carte d'identité (recto – verso)
- Photocopie de carte bancaire

Etudes

Diplôme(s)	Date d'obtention	Etablissement	Adresse de l'établissement

Je marque mon accord pour que mes coordonnées (nom, prénom, N° de contact et localité) soient reprises sur le site internet d'EpiCURA : oui / non.

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts

Date :

Signature :

Document à renvoyer à :
Benoit Carbonnelle
Coordinateur de l'activité ambulatoire
benoit.carbonnelle@epicura.be
Ligne directe : 065/614091