



ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DE BASE

Formulaire de demande du code INPE par les Professionnels de santé (personnes physiques)

Informations personnelles :

Sexe : Masculin Féminin

Nom :

Prénom(s) :

Nature pièce d'identité :

N° Pièce d'identité :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Téléphone mobile :

Téléphone Fixe :

Fax :

E-Mail(*) :

Informations professionnelles :

Catégorie :

Médecin

Chirurgien-dentiste

Biologiste

Pharmacien

Préciser la spécialité :

Préciser la spécialité :

Adresse professionnelle :

Ville :

Code postal :

Préfecture/Province :

Commune :

N° d'inscription à l'ordre :

Date d'inscription : / /

N° d'autorisation d'exercice :

Date d'autorisation : / /

Date début d'activité : / /

N° Patente :

** Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations énoncées ci-dessus

** J'ai pris connaissance des sanctions pénales encourues par l'auteur d'une fausse déclaration

Fait à : le : / /

Signature du Professionnel de Santé :

Veillez joindre à ce formulaire les pièces suivantes :

- une copie de l'attestation d'inscription à l'ordre professionnel concerné
- une copie de l'attestation de qualification pour les médecins spécialistes

(*) N.B: Il est important de renseigner l'adresse e-Mail qui constitue le moyen privilégié de communication entre l'Agence et le Prestataire de Soins.