

FICHE D'IDENTIFICATION ASSISTANT(e)

A renvoyer à la FAMGB, Avenue Léon Tombu, 4, 1200 Bruxelles (fax : 02/374,08,27 - Mail : famgb@famgb.be)

Service interne (à remplir uniquement par la FAMGB)

Enregistrement le	R.O.I. : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Enregistré le
MSWORKS : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OUTLOOK : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SPF : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
SITE FAMGB : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
NOM (*)		
PRENOM (*)		
ADRESSE CABINET (*)		
TEL CABINET (*)		
GSM (diffusable) (*)		
NUMERO INAMI (*)		
NUMERO NATIONAL (*)		
NOM DE VOTRE ASSOCIATION (*) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vous ne faites pas partie d'une association	

VOTRE ASSISTANAT(*)

Indiquez le nom de votre MdS et l'année de votre assistanat en regard des lignes correspondantes

Année 2013-2014 - Nom de votre MdS : Dr.	<input type="checkbox"/> 1ère année	<input type="checkbox"/> 2e année
Année 2014-2015 - Nom de votre MdS : Dr.	<input type="checkbox"/> 1ère année	<input type="checkbox"/> 2e année
Année 2015-2016 - Nom de votre MdS : Dr.	<input type="checkbox"/> 1ère année	<input type="checkbox"/> 2e année
Année d'agrégation : 201.....		

Infos non diffusées

ADRESSE E-MAIL(*)	<i>Signalez ici votre adresse mail sur laquelle vous autorisez l'envoi des eFlashes, Cette adresse est utilisée comme identifiant sur les sites FAMGB et planification</i>
GSM privé (secret) (*)	<i>Ce numéro ne sera jamais diffusé</i>
ADRESSE PRIVEE (*)	<i>Cette adresse ne sera jamais diffusée</i>

Vous avez une question? Nous vous répondrons suivant votre choix : Par mail Par téléphone

Votre question :