**N° du laboratoire:**

**IDENTITE DU DISPENSATEUR**

***Remplir une fiche individuelle par dispensateur (toute personne ayant un N° d’identification INAMI, à l’exception des médecins spécialiste en formation).***

NOM ET PRENOM:

TEL professionnel:

E-MAIL professionnel:

NATIONALITÉ°:

N° REGISTRE NATIONAL°: …………. / ….… / …….

N° d'identification INAMI: …….. / ………………….. / …….. / ……..

Médecin spécialiste agréé en anatomie pathologique

Médecin spécialiste agréé dans une autre discipline que l'anatomie pathologique

Spécialité°:

STATUT°:  Statutaire  Indépendant  Salarié

Date d’entrée en service: …..../…..…/…………..

Répartition de l’activité°:

* Pourcentage total: ….…. % d’Equivalent Temps Plein (ETP) sur l’ensemble des centres d’activités (CA), dont:
* ……..% dans le laboratoire central (LC)
* ……..% dans CA1
* ……..% dans CA2
* ……..% dans CA3
* ……..% dans CA4
* ……..% dans CA5
* Nombre de jours d’activité pour l’ensemble des sites°: ….…. jours/semaine

° Nous avons besoin de ces données pour pouvoir réaliser notre rapport d'activité annuel.

Fait à:

Le: …..../…..…/…………..

Signature du dispensateur: Signature du directeur du laboratoire: