

**Département Santé & Environnement**

**Service Protection de la Santé**

**Formulaire d’enregistrement Comme utilisateur
deS RAYONS X à DES FINS D’imagerie
Dento-maxillo-faciale à l’aide d’un cone beam CT**

 **(Article 73.3 de l’Arrêté Expositions Médicales)**

1. **données personnelles du Demandeur**

Nom et prénom :

Sexe :

Lieu et date de naissance :

Nationalité :

Numéro INAMI :

Numéro de registre national :

Adresse privée :

Tél :

E-mail :

*L’ AFCN s’efforce de traiter votre dossier de manière rapide et efficace, c’est pour cela que nous préférons effectuer l’échange de communication en rapport avec votre demande d’autorisation d’utilisation ainsi que l’envoi de votre autorisation par e-mail.*

1. **Formation universitaire CBCT**

Organisation :
Date :

1. **VOTRE ENREGISTREMENT**

Par la présente, je veux m’enregistrer comme utilisateur des rayons X à des fins
o d’imagerie dento-maxillo-faciale à l’aide d’un cone beam CT

**Je commence mes activités comme utilisateur des rayons x à des fins d’imagerie dento-maxillo-faciale à l’aide d’un cone beam CT à la date du** : …… / …… / …………

Date :
Signature :