



Rue de la Rivelaine, 21
6061 CHARLEROI

071 33 77 11
info@aviq.be

ANNEXE 7 : SIGNATURES – MÉDECINS SUPPLÉMENTAIRES POUR UNE ASSOCIATION SANS PERSONNALITÉ JURIDIQUE

Médecin généraliste 3 :

Nom: _____ Prénom: _____

Fait à: _____ Le: _____

Signature :

Précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

Médecin généraliste 4 :

Nom: _____ Prénom: _____

Fait à: _____

Signature :

Précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

Médecin généraliste 5 :

Nom: _____ Prénom: _____

Fait à: Le:

Part A:

Précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

Médecin généraliste 6 :

Nom: _____ Prénom: _____

Fait à: Le:

Part a.
Signature :

Signature : *Précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"*

Médecin généraliste 7 :

Nom: _____ Prénom: _____

Fait à: Le:

Part a.

Signature :
Précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

Médecin généraliste 8 :

Nom: _____ Prénom: _____

Part a.

Signature :
Précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"



Rue de la Rivelaine, 21
6061 CHARLEROI

071 33 77 11
info@aviq.be

Médecin généraliste 9 :

Nom: _____ Prénom: _____

Fait à: _____ Le: _____

Signature :

Précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

Médecin généraliste 10 :

Nom: _____ Prénom: _____

Fait à: _____ Le: _____

Signature :

Précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"

Médecin généraliste 11 :

Nom: _____ Prénom: _____

Fait à: _____ Le: _____

Signature :

Précédée par la mention écrit à la main "lu et approuvé"