



ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DE BASE

Formulaire de demande du code INPE par les Professionnels de Santé

Informations personnelles :

Nom : Prénom :
Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin
N° de la Carte Nationale d'Identité Électronique (CNIE) :
N° de la Carte de Séjour :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Téléphone mobile : Téléphone fixe :
Fax : E-mail * :

Informations professionnelles :

Catégorie : Médecin généraliste ☐
Médecin spécialiste ☐
Médecin dentiste ☐
Biologiste ☐
Paramédical ☐

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

* Il est important de renseigner l'adresse e-mail qui constitue le moyen de communication privilégié entre l'ANAM et le Professionnel de Santé.