

# Localisation adresse domicile et d'exercice

J'autorise la CSD à communiquer mes coordonnées aux Autorités dans le cadre de la vaccination de la 1ère ligne de soins

## Situation professionnelle

- Dentiste
- Stagiaire
- Assistante au fauteuil
- Hygiéniste

## Région

- Bruxelles-Capitale
- Wallonie

## Coordonnées

Nom :

.....

Prénom :

.....

Date de naissance :

.....

Adresse du domicile :

.....

Code postal du lieu d'exercice principal :

.....

Commune du lieu d'exercice principal :

.....

E-mail :

.....

N° gsm :

.....

N° registre national

.....