

Titre professionnel & Nom Prénom

N° INAMI: 3 82054 19 007
X-XXXXX-XX-XXX

GILKENS, CLAUDINE
LSODF.

(PARTIELLEMENT/NON-)
CONVENTIONNÉ

Si partiellement conventionné, prière d'indiquer ici
où et quand vous êtes conventionné et où et quand
vous n'êtes pas conventionné.

(Si applicable) Nom société : CG ORTHODREAM

N° d'entreprise : BE OXXX.XXX.XXX 0892.174.227

Adresse unité d'établissement : xxxxxxxx AV. P. BOLS, 135 1020 BXL

Numéro de téléphone : xxxxxx

Site web*: xxxxxxxx CGorthodream

Adresse mail*: xxx@xxx.xx (Ou l'URL vers un formulaire de contact sur un site web) cgorthodream@gmail.com

Adresse siège social (en cas de société) : xxxxx AV. P. BOLS, 135 1020 BXL

Forme juridique : Entreprise Personne Physique (EPP) ou autre SPRL

Assurance professionnelle : n° contrat et coordonnées (adresse, téléphone) de l'assureur Amma n° 188 3192

Autorité de surveillance :

- Visa : SPF Santé publique. Place Victor Horta 40 bte 10, 1060 Bruxelles
- Agrément : Fédération Wallonie-Bruxelles - Direction de l'agrément des prestataires de soins de santé, rue Adolphe Lavallée, 1 - 5ème étage, 1080 Bruxelles
- INAMI : Avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles
- Radioprotection : Agence fédérale de Contrôle nucléaire (AFCN) : Rue Ravenstein 36, 1000 Bruxelles

Av. des Arts 39/1
1040 BXL

Toutes données échangées avec votre dentiste sont soumises à un droit de protection de la vie privée conformément à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

* Uniquement en cas de site web