

III - Identification du médecin spécialiste en neurologie, neurochirurgie, neuropsychiatrie ou neuropédiatrie (nom, prénom, adresse, N°INAMI)

_____| (nom)

_____| (prénom)

1 | - | - | - | (n° INAMI)

/ / | | | | | (date)



(cachet)

.....

(signature du médecin)