**NOTIFICATION D’UNE FUTURE ACTIVITÉ**

**DE PIERCING ET/OU DE TATOUAGE**

|  |  |
| --- | --- |
| A envoyer **15 jours ouvrables** avant la **date de début** d’exercice de l’activité | Direction général Soins de Santé Place Victor Horta 40, bte 101060 Bruxelles |



**REMPLIR EN CARACTÈRES D’IMPRIMERIE!**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom: |  | Prénom: |  |
| Date de naissance: |  | Lieu de naissance: |  |
| Sexe: |  | Nationalité: |  |
| Numéro national: |  |  |
| Adresse de domicile: |  |
| Téléphone: |  | GSM: |  |
| Email: |  |  |
|  |
| Nom de l’établissement/shop: |  |
| Adresse(s) du lieux d’exercice de la profession: |  |
| Activité exercée:*(cocher)* |  | Tatouage |
|  | Piercing |
|  | Maquillage permanente |
| Qualité de l’activité:*(chocher)* |  | Indépendant (temps plein ou à titre complémentaire) |
|  | Employé |
| Numéro de TVA: |  |
| Numéro d’entreprise: |  |
| Date de début d’exercice de la profession:  |  |  |
|  |
| Je soussigné, |  |
| certifie sincères et véritables les informations dans la présente notification et m’engage à faire état sans délai auprès de la Direction générale de toute modification. |
| Date: |  | Signature: |  |
|  |