**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 10  1060 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: | | |  | |
|  | | | | |