



A envoyer **15 jours ouvrables** avant la **date de début**
d'exercice de l'activité

Envoyer à : visa@health.fgov.be

REPLIR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE!

Nom		Prénom	
Date naissance		Lieu naissance	
Numéro national		Nationalité	
Adresse de domicile			
GSM		Téléphone	
Email			

Nom de l'établissement/shop	
Adresse(s) lieux d'exercice	
Activité exercée (cocher)	<input type="checkbox"/> Tatouage <input type="checkbox"/> Piercing <input type="checkbox"/> Maquillage permanente
Statut de l'activité (cocher)	<input type="checkbox"/> Indépendant (activité principale ou secondaire) <input type="checkbox"/> Employé
Numéro 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	
------	--	-----------	--