

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'INSCRIPTION AU TABLEAU
DE L'ORDRE DES MEDECINS DU BURUNDI**

1. **Nom et prénom** :
2. **Lieu et date de naissance** :
3. **Nationalité** :
4. **Adresse** :
5. **Téléphone** :
6. **Email** :
7. **Qualification / spécialité** :
8. **Diplôme de médecin obtenu le** : **à l'Université:**
10. **Diplôme(s) de spécialité** : **à l'Université:**
- obtenu(s) le** : **à l'Université:**

DOCUMENTS EXIGES (à attacher à la demande)

1. Copie de la carte nationale d'identité ou du passeport + 2 photos passeport en couleur.
 2. Copie certifiée originale du diplôme de Docteur en Médecine et du (des) diplôme(s) de spécialité. Pour les diplômes obtenus à l'étranger, fournir une attestation d'équivalence délivrée par le service compétent du Ministère de l'Education Nationale.
 3. Curriculum vitae actualisé.
 4. Une attestation de non poursuite judiciaire ou un extrait du casier judiciaire datant de moins de 3mois.
 5. Une attestation de bonne conduite, vie et moeurs datant de moins de 3mois.
 6. Preuve de paiement des **frais d'inscription (20.000Fbu pour les nationaux, 200 USD pour les étrangers)** et de la **cotisation annuelle (50.000Fbu)** au compte BANCOBU N° **20002-00301-00730020101-60** intitulé **CNOMB**.
- N.B.** La cotisation annuelle payée après le mois de septembre compte également pour l'année suivante.

Signature du demandeur.....

Date