



CANDIDATURE AU POSTE DE MÉDECIN COLLABORATEUR
Marché public n° 2024/01

LOT(S) POUR LE(S)QUEL(S) EST SOUMISE LA CANDIDATURE

- Lot 1 : Médecin AT (accidents du travail) - Dossiers francophones**
- Lot 2 : Médecin MP (maladies professionnelles) - Dossiers néerlandophones**

Les précisions relatives à la sélection, aux honoraires et aux descriptions de fonction sont disponibles dans le cahier des charges en annexe du présent formulaire.

Ce formulaire peut être soumis via la plateforme www.publicprocurement.be ou à l'adresse postale suivante :

FEDRIS / Service Marchés publics
Avenue de l'Astronomie 1 - 1210 Bruxelles.

DONNÉES PERSONNELLES

Nom	Prénom	
Numéro registre national	Numéro d'entreprise BCE (si d'application)	
Rue	Numéro / Boite	
Code postal/Commune	Pays	
E-mail		
Téléphone	Rôle linguistique	
	NL	FR
N° compte bancaire		
IBAN		BIC

ANNEXES À JOINDRE

- ✓ Curriculum Vitae
- ✓ Diplôme de Médecine **ou** de Sciences dentaires
- ✓ Inscription à l'Ordre des médecins **ou** visa délivré par le SPF Santé publique
- ✓ Accord de confidentialité (Annexe A)
- ✓ Déclaration relative au caractère indépendant et à l'objectivité (Annexe B)

- Je m'engage à joindre les annexes demandées au présent formulaire.
- Je déclare avoir lu et accepté les dispositions du cahier des charges n° 2024/01 se trouvant en annexe du présent formulaire.

DATE	SIGNATURE

Annexe A : ACCORD DE CONFIDENTIALITÉ

Le soussigné :

	<i>(nom, prénom)</i>
	<i>(qualité)</i>
	<i>(adresse)</i>

portant le n° d'inscription suivant auprès de l'Ordre des médecins ou dentiste détenteur du visa délivré par le SPF Santé publique n° :

--

s'engage au respect des articles suivants :

Article 1. Le présent document a pour objet d'établir l'obligation de confidentialité à respecter par tous les fournisseurs ou prestataires de services dans leurs relations avec Fedris.

Article 2. Par la signature de cet accord, le soussigné qui, lors de contacts, de tests ou de services effectués avec ou pour Fedris a, dans le cadre de ces activités, accès à des informations conservées par Fedris, s'engage à ne pas conserver ces informations ni les divulguer à des tiers.

Article 3. Par la signature de cet accord, le soussigné qui, lors de contacts, de tests ou de services effectués avec ou pour Fedris a, dans le cadre de ces activités, accès à des informations relatives au fonctionnement de Fedris, s'engage à ne pas conserver ces informations ni les divulguer à des tiers.

Article 4. Le soussigné déclare être conscient que toute violation de cet accord peut faire l'objet de poursuites judiciaires.

Fait à le20....

Signature	
------------------	--

**Annexe B : DÉCLARATION VISANT À GARANTIR LE CARACTÈRE INDÉPENDANT ET
L'OBJECTIVITÉ**

Le soussigné,

Dr/M..... (nom et prénom),

médecin portant le n° d'inscription suivant auprès de l'Ordre des médecins ou dentiste détenteur du visa délivré par le SPF Santé publique n°

..... (numéro complet)

déclare travailler / ne pas travailler (biffer la mention inutile), directement ou indirectement, pour une entreprise d'assurances accidents du travail agréée, une organisation syndicale ou une fédération mutualiste. Dans le cas où le médecin collaborateur ou le dentiste collaborateur travaille également pour les entreprises mentionnées ci-dessus, il s'engage à ne pas accepter les demandes d'avis de Fedris concernant les entérinements d'accidents du travail.

Le médecin collaborateur ou le dentiste collaborateur de Fedris s'engage à n'exécuter aucune mission de quelque nature que ce soit dans le cadre d'une procédure judiciaire à laquelle Fedris est partie, à l'exception de la représentation de Fedris, qu'il s'agisse de procédures en cours ou futures. Il ne peut pas être nommé expert judiciaire, intervenir à la demande du médecin désigné en tant que tel, ni représenter une autre partie que Fedris ou intervenir à la demande du médecin représentant d'une autre partie que Fedris et ce, pour toute procédure judiciaire à laquelle Fedris est partie.

Un médecin collaborateur ou le dentiste collaborateur ne peut pas non plus traiter le dossier d'un assuré qu'il connaît ou a connu, que ce soit personnellement ou bien dans le cadre de ses activités professionnels.

Cette déclaration a été établie à le (date).

Signature	
------------------	--