

Demande Révocation certificat eHealth

| Données signalétiques certificat | |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom & prénom propriétaire du certificat | |
| Type de certificat | Certificat personnel Personne physique |
| | Organisation au nom d'une entité ou d'une institution <i>seulement possible si accompagné par renouvellement</i> |
| | En cas de révocation d'un certificat d'une organisation, le soussigné s'engage explicitement à demander consécutivement à la révocation d'un certificat, la création d'un nouveau certificat du même type. |
| Identifiant du certificat (ex. NIHII-PHARMACY=12345678) | |

| | |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Motif de révocation du certificat | <ul style="list-style-type: none">compromission mot de passe / clé privée (n'est plus secret(e))mot de passe oubliécontenu certifié n'est plus valide (affiliation modifiée, ...)violation policy CAautres : |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Signature électronique (mettez votre eID dans le lecteur carte eID et introduisez code PIN) | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Ce formulaire est à renvoyer (de préférence en forme numérique) dûment rempli et signé vers ehealth-certificates@ehealth.fgov.be
Pour autant que le demandeur ne dispose pas d'une signature électronique par eID, ce formulaire rempli et signé, accompagné d'une copie de la preuve d'identité du demandeur, doit être renvoyé par la poste à l'attention de AccessCoordination, Smals, Avenue Fonsny 20, 1060 Bruxelles.