|  |  |
| --- | --- |
|  | **Toetreding als opticien tot de nationale overeenkomst** **opticiens - ziekenfondsen** |

|  |
| --- |
| 1. **Uw gegevens:**
 |
| **Uw naam en voornaam:** |   |
| **Uw RIZIV-nummer:** |   |
| **Uw e-mail:***(mailadres waarop we u mogen contacteren)* |   |
| **Uw hoofdwerkadres:***(Adres waar u uw hoofdactiviteit als opticien verricht + in voorkomend geval de naam van de onderneming als u in een inrichting werkt)* | Straat, nr., bus:  Postcode, gemeente: Naam onderneming:  |

|  |
| --- |
| 1. **Uw verklaring:**
 |
| Door dit toetredingsformulier te ondertekenen, verklaar ik dat de ingevulde gegevens correct zijn en dat ik toetreed tot de nationale overeenkomst opticiens - ziekenfondsen (\*). Als ik werk in een onderneming en geen ondernemingshoofd ben, dan beschik ik hiervoor de toestemming van mijn ondernemingshoofd (\*\*).Datum: Handtekening:*(\*) De volledige tekst van de nationale overeenkomst tussen de opticiens en de verzekeringsinstellingen, evenals andere info over de uitoefening van uw beroep vindt u op onze website*  [*www.riziv.be > Professionals > Opticiens*](https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/opticiens/Paginas/default.aspx)*(\*\*)Als u uw beroep uitoefent in een onderneming waarvan u niet het hoofd bent, voeg dan een mandaat bij van het hoofd van die onderneming waarbij u gemachtigd wordt de in bedoelde overeenkomst bepaalde verbintenissen aan te gaan.* |

|  |
| --- |
| 1. **Hoe opsturen?**
 |
| **Bij voorkeur via -mail (ingescand document):***Of***Via de post:** | opticiennl@riziv-inami.fgov.beRIZIV, Dienst voor geneeskundige verzorgingTeam opticiensDe Gerlachestraat 1 – 3500 HASSELT |