|  |  |
| --- | --- |
|  | **Non-adhésion en qualité d’opticien à la convention****opticiens - organismes assureurs** |

|  |
| --- |
| 1. **Vos données :**
 |
| **Vos nom et prénom :** |   |
| **Votre numéro INAMI :** |   |
| **Votre adresse email :***(Adresse email à laquelle nous pouvons vous contacter)* |   |
| **Adresse de votre activité principale :***(Adresse à laquelle vous exercez votre activité principale en qualité d’opticien + le cas échéant, le nom du demeurant ou de l’établissement situé à cette adresse)* | Rue, n°, Bte:  Code postal, localité: Nom du demeurant ou de l’établissement:  |

|  |
| --- |
| 1. **Votre déclaration :**
 |
| En signant ce formulaire, je déclare que les informations reprises ci-avant sont correctes et que je **n’adhère pas** à la convention nationale opticiens - organismes assureurs (\*). Date: Signature:*(\*) Le texte intégral de la Convention nationale opticiens - organismes assureurs, ainsi que d’autres informations sur l’exercice de votre professio*n *se trouvent sur notre site* www.inami.be > Professionnels > opticiens |

|  |
| --- |
| 1. **Comment nous transmettre le formulaire?**
 |
| **De préférence par email (document numérisé) :***Ou***Par courrier postal:** | opticienfr@riziv-inami.fgov.beINAMI, Service des soins de santé, Team opticiensAvenue Galilée 5/01 - 1210 BRUXELLES |