|  |  |
| --- | --- |
|  | **Adhésion en qualité d’orthopédiste à la convention orthopédistes - 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’orthopédiste + le cas échéant, le nom du demeurant ou de l’établissement situé à cette adresse)**or* |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

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 j’adhère à la convention nationale orthopédistes - organismes assureurs (\*). Comme je travaille dans une entreprise et que je ne suis pas chef d’entreprise, j’ai pour cela l’autorisation de mon chef d’entreprise(\*\*).Date: Signature:*(\*) Le texte intégral de la Convention nationale orthopédistes - organismes assureurs, ainsi que d’autres informations sur l’exercice de votre professio*n *se trouvent sur notre site* [www.inami.be > Professionnels > Orthopédistes](http://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/orthopedistes/Pages/default.aspx)*(\*\*)* Vous ne devez pas annexer la preuve de l’autorisation de votre chef d’entreprise. |

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