|  |  |
| --- | --- |
|  | **Registrierungsantrag als Gruppierung mit Drittzahlerregelung** |

|  |
| --- |
| 1. **Ihre Angaben als Verantwortlicher**
 |
| **Name und Vorname:** |   |
| **Nationalregisternummer:***(diese Nummer befindet sich auf der Rückseite Ihres Personalausweises). Sie sind nicht im Nationalregister eingetragen? In dem Fall ist Ihre Bisnummer anzugeben.* |   |
| **Ihre LIKIV-Nummer:***(auszufüllen, wenn Sie Pflegeerbringer sind und über eine LIKIV-Nummer verfügen)* |

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

  |

|  |
| --- |
| 1. **Angaben der Gruppierung:**
 |
| **Name der Gruppierung:** |   |
| **ZDU-Nummer der Gruppierung:***(auszufüllen, wenn die Gruppierung eine Rechtspersönlichkeit hat)* |   |
| **Anschrift der Gruppierung:** |

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

Strasse, Hausnr./Postfach:  Postleitzahl, Ort:  |
| **E-Mailadresse der Gruppierung:***(E-Mailadresse unter der wir die Gruppierung erreichen können)* |   |
| **Telefonnummer der Gruppierung:***(Nummer unter der wir die Gruppierung telefonisch erreichen können)* |   |

*Bitte füllen Sie auch die Rückseite des Formulars aus und unterschreiben Sie es.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **Zusammensetzung Ihrer Gruppierung** (\*)**:**
 |
|  | **Name und Vorname des Pflegeerbringers** | **LIKIV-Nummer des Pflegeerbringers** | **Unterschrift des Pflegeerbringers** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |

*(\*) Dieses Formular muss von jedem Pflegeerbringer Ihrer Gruppierung unterzeichnet werden (wenn diese Liste nicht lang genug ist, können Sie als Anlage eine Unterschriftenliste hinzufügen)*

|  |
| --- |
| 1. **Ihre Erklärung als Verantwortlicher der Gruppierung:**
 |
| Mit der Unterzeichnung dieses Registrierungsformulars, erkläre ich, dass die ausgefüllten Daten der Wahrheit entsprechen und verpflichte ich mich dem LIKIV jede künftige Änderung der Angaben bzw. in der Zusammensetzung meiner Gruppierung zu übermitteln. Datum: Unterschrift: |

|  |
| --- |
| 1. **Wie übermittle ich mein Formular?**
 |
| **vorzugsweise per E-Mail (gescanntes Dokument):***oder***per Post:** | nursefr@riziv-inami.fgov.beLIKIV, Dienst für Gesundheitspflege, Krankenpflegerteam Avenue de Tervueren 211, 1150 Brüssel (Büro 486) |