|  |  |
| --- | --- |
|  | **Adhésion en qualité d’audicien à la convention audiciens - organismes assureurs** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Vos données :** | |
| **Votre 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’audicien + 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 j’adhère à la convention nationale S/2018ter audiciens - 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 audiciens - organismes assureurs, ainsi que d’autres informations sur l’exercice de votre professio*n *se trouvent sur notre site* [*www.inami.be > Professionnels > Audiciens*](https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/audiciens/Pages/default.aspx)  *(\*\*) Vous devez joindre un mandat du chef de cette entreprise vous autorisant à prendre les engagements prévus dans ladite convention.* |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Comment nous transmettre le formulaire?** | |
| **De préférence par email (document numérisé) :**  *Ou*  **Par courrier postal:** | [audifr@riziv-inami.fgov.be](mailto:audifr@riziv-inami.fgov.be)  INAMI, Service des soins de santé,  Team audiciens  Avenue Galilée 5/01  1210 BRUXELLES |