|  |  |
| --- | --- |
|  | **Adhésion en qualité de fournisseur d’implants à la Convention nationale** **fournisseurs d’implants - 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 de bandagiste + 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 fournisseurs d’implants - organismes assureurs (\*). Date: Signature (\*\*):*(\*) Le texte intégral de la Convention nationale fournisseurs d’implants - organismes assureurs, ainsi que d’autres informations sur l’exercice de votre professio*n *se trouvent sur notre site* [www.inami.be > Professionnels > Fournisseurs d'implants](https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/fournisseurs-implants/Pages/default.aspx)*(\*\*) À imprimer et à signer. Préférez-vous signer électroniquement ? Alors, veuillez convertir ce document en format PDF après avoir complété correctement toutes les données. Ensuite, optez pour Outils > Certificats > Signature numérique et signez électroniquement au moyen de votre code PIN.* |

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