



## Wijzigingen in de samenstelling of de gegevens van een groepering derdebetaler

I. RIZIV-nummer groepering : .....

(Voor de volgende punten moet u enkel de relevante vakken invullen)

II. Verandering van verantwoordelijke :

Startdatum nieuwe verantwoordelijke: ...../...../.....

	Vroegere verantwoordelijke	Nieuwe verantwoordelijke
<b>Naam en voornaam :</b>	.....	.....
<b>Rijksregisternummer :</b> <i>(Dit nummer vindt u op de achterkant van uw identiteitskaart. Bent u niet ingeschreven in het rijksregister? Vermeld dan uw Bis-nummer)</i>	.....	.....
<b>Uw RIZIV-nummer :</b> <i>(In te vullen als u een zorgverlener bent en een RIZIV-nummer heeft)</i>	.....	.....

III. Wijziging van de gegevens van uw groepering :

	Oude gegevens	Nieuwe gegevens
<b>De benaming van de groepering :</b>	.....	.....
<b>Het KBO-nummer van de groepering :</b> <i>(In te vullen indien uw groepering vooraf geen KBO-nummer had. In geval van wijziging van uw KBO-nummer, heeft u een nieuw RIZIV-nummer nodig)</i>		.....
<b>Het adres van de groepering :</b>	<b>Straat, nr., bus:</b> ..... ..... <b>Postcode, gemeente:</b> ..... .....	<b>Straat, nr., bus:</b> ..... ..... <b>Postcode, gemeente:</b> ..... .....
<b>E-mail van de groepering :</b> <i>(Mailadres waarop we de groepering kunnen contacteren)</i>	.....	.....
<b>Telefoonnummer van de groepering :</b> <i>(Telefoonnummer waarop we de groepering kunnen contacteren)</i>	.....	.....

#### IV. De samenstelling van uw groepering :

Ieder zorgverlener die toetreedt tot de groepering moet dit formulier verplicht tekenen (indien deze lijst niet lang genoeg is, kunt u in bijlage een gelijkaardige lijst toevoegen)

##### Nieuwe zorgverleners :

	Naam en voornaam zorgverlener	RIZIV-nummer zorgverlener	Datum toetreding	Handtekening zorgverlener
1.	.....	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....	.....

##### Vertrekkende zorgverleners :

	Naam en voornaam zorgverlener	RIZIV-nummer zorgverlener	Datum vertrek
1.	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....

#### V. Uw verklaring als verantwoordelijke van de groepering :

Door dit wijzigingsformulier te ondertekenen, verklaar ik dat de ingevulde gegevens correct zijn en verbind ik mij ertoe om iedere toekomstige wijziging van de gegevens of van de samenstelling van mijn groepering aan het RIZIV mee te delen.

Datum :

Handtekening verantwoordelijke :

#### VI. De verklaring van de vroegere verantwoordelijke :

(Enkel in te vullen en te laten ondertekenen in geval van verandering van verantwoordelijke, zie punt II.) :

Door dit wijzigingsformulier te ondertekenen, verklaar ik dat ik vanaf de in punt II. vermelde startdatum de verantwoordelijkheid voor deze groepering overdraag aan de nieuwe verantwoordelijke.

Datum :

Handtekening vroegere verantwoordelijke :

#### VII. Hoe opsturen ?

Bij voorkeur via mail (ingescand document): [nursenl@riziv-inami.fgov.be](mailto:nursenl@riziv-inami.fgov.be)

Of

Via de post:

RIZIV, Dienst voor geneeskundige verzorging,  
team verpleegkundigen  
Galileelaan 5/01 – 1210 Brussel