|  |  |
| --- | --- |
|  | **Demande d’enregistrement d’un groupe tiers payant** |

|  |
| --- |
| 1. **Vos données en qualité de responsable:**
 |
| **Vos nom et prénom:** |   |
| **Votre numéro national:***(Vous trouverez ce numéro au verso de votre carte d’identité. Vous n’êtes pas inscrit au registre national? Veuillez alors préciser votre numéro bis)* |   |
| **Votre numéro INAMI***(A remplir si vous êtes un professionnel de la santé et que vous avez un numéro INAMI)* |

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

  |

|  |
| --- |
| 1. **Les données de votre groupement:**
 |
| **La dénomination de votre groupement:** |   |
| **Le numéro BCE de votre groupement:***(A compléter si votre groupement a une personnalité juridique)* |   |
| **L’adresse de votre groupement:** |

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

Rue, N°, Bte:  Code postal, localité:  |
| **Adresse email de votre groupement:***(Adresse email à laquelle votre groupement peut être contacté)* |   |
| **Numéro de téléphone de votre groupe:***(Numéro de téléphone auquel votre groupement peut être contacté)* |   |

*Veuillez également remplir et signer le verso de ce formulaire*

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. **La composition de votre groupement** (\*)**:**
 |
|  | **Nom et prénom du dispensateur** | **Numéro INAMI du dispensateur** | **Signature du dispensateur** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |

*(\*) Chaque dispensateur doit obligatoirement signer ce formulaire. (Si cette liste n’est pas assez longue, vous pouvez y annexer une liste complémentaire similaire)*

|  |
| --- |
| 1. **Votre déclaration en qualité de responsable du groupement:**
 |
| En signant ce formulaire d’inscription, je déclare que les données transmises sont correctes et je m’engage à communiquer à l’INAMI tout changement concernant les données et/ou la composition du groupement.Date: Signature : |

|  |
| --- |
| 1. **Comment nous transmettre la demande?**
 |
| **De préférence par email (document numérisé):***Ou***Par courrier postal:** | nursefr@riziv-inami.fgov.beINAMI, Service des soins de santé, team infirmiersAvenue Galilée 5/01 - 1210 BRUXELLES |