|  |  |
| --- | --- |
|  | **Toetreding als audicien tot de nationale overeenkomst** **audiciens - ziekenfondsen** |

|  |
| --- |
| 1. **Uw gegevens:**
 |
| **Uw naam en voornaam:** |   |
| **Uw RIZIV-nummer:** |   |
| **Uw e-mail:***(mailadres waarop we u mogen contacteren)* |   |
| **Uw hoofdwerkadres:***(Adres waar u uw hoofdactiviteit als audicien verricht + in voorkomend geval de naam van de onderneming als u in een inrichting werkt)* |

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

Straat, nr., bus:  Postcode, gemeente: Naam onderneming:  |

|  |
| --- |
| 1. **Uw verklaring:**
 |
| Door dit toetredingsformulier te ondertekenen, verklaar ik dat de ingevulde gegevens correct zijn en dat ik toetreed tot de nationale overeenkomst audiciens - ziekenfondsen (\*). Als ik werk in een onderneming en geen ondernemingshoofd ben, dan beschik ik hiervoor de toestemming van mijn ondernemingshoofd (\*\*).Datum: Handtekening:*(\*) De volledige tekst van de nationale overeenkomst tussen de audiciens en de verzekeringsinstellingen, evenals andere info over de uitoefening van uw beroep vindt u op onze website* [*www.riziv.be > Professionals > Audiciens*](http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/audiciens/Paginas/default.aspx)*(\*\*) U hoeft geen bewijs van machtiging van uw ondernemingshoofd aan dit formulier toe te voegen* |

|  |
| --- |
| 1. **Hoe opsturen?**
 |
| **Bij voorkeur via -mail (ingescand document):***Of***Via de post:** | audinl@riziv-inami.fgov.be RIZIV, Dienst voor geneeskundige verzorgingTeam audiciensDe Gerlachestraat 1, 3500 HASSELT |