



## Aanvraag tot registratie als verpleegkundige groepering met derdebetalersnummer

### I. Uw gegevens als verantwoordelijke

|  |  |
|--|--|
| <b>Uw naam en voornaam:</b>  |  |
| <b>Uw rijksregisternummer:</b><br><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><br><i>(In te vullen als u een zorgverlener bent en een RIZIV-nummer heeft)</i>  |  |

### II. De gegevens van uw groepering:

|   |  |
|---|--|
| <b>De benaming van de groepering:</b>   |  |
| <b>Het KBO-nummer van de groepering:</b><br><i>(In te vullen als de groepering een rechtspersoonlijkheid heeft)</i> |  |
| <b>Het adres van de groepering:</b><br><i>Staat, nr., bus</i><br><i>Postcode, stad</i>                              |  |
| <b>E-mail van de groepering:</b><br><i>(Mailadres waarop we de groepering kunnen contacteren)</i>                   |  |
| <b>Telefoonnummer van de groepering:</b><br><i>(Telefoonnummer waarop we de groepering kunnen contacteren)</i>      |  |

Gelieve ook de achterzijde van dit formulier in te vullen en te ondertekenen

**III. De samenstelling van uw groepering (\*):**

|     | Naam en voornaam zorgverlener | RIZIV-nummer zorgverlener | Handtekening zorgverlener |
|-----|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1.  |                               |                           |                           |
| 2.  |                               |                           |                           |
| 3.  |                               |                           |                           |
| 4.  |                               |                           |                           |
| 5.  |                               |                           |                           |
| 6.  |                               |                           |                           |
| 7.  |                               |                           |                           |
| 8.  |                               |                           |                           |
| 9.  |                               |                           |                           |
| 10. |                               |                           |                           |

(\*) Elke zorgverlener van uw groepering moet dit formulier verplicht ondertekenen (als deze lijst niet lang genoeg is, kunt u in bijlage een lijst met handtekeningen toevoegen)

**IV. Uw verklaring als verantwoordelijke van de groepering:**

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

Datum:

Handtekening:

**V. 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