|  |  |
| --- | --- |
|  | **Non-adhésion en qualité d’orthopédiste à la convention orthopédistes - 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 d’orthopédiste + 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 je n’adhère pas à la convention nationale orthopédistes - organismes assureurs (\*).  Date:  Signature:  *(\*) Le texte intégral de la Convention nationale orthopédistes - organismes assureurs, ainsi que d’autres informations sur l’exercice de votre professio*n *se trouvent sur notre site* [www.inami.be > Professionnels > Orthopédistes](http://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/orthopedistes/Pages/default.aspx) |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Comment nous transmettre le formulaire?** | |
| **De préférence par email (document numérisé) :**  *Ou*  **Par courrier postal:** | [dossierpharma@inami.fgov.be](mailto:dossierpharma@inami.fgov.be)  INAMI, Service des soins de santé,  Team orthopédistes  Avenue Galilée 5/01 - 1210 BRUXELLES |