|  |  |
| --- | --- |
|  | **Niet-toetreding als audicien tot de nationale overeenkomst audiciens - verzekeringsinstellingen** |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 formulier te ondertekenen, verklaar ik dat de ingevulde gegevens correct zijn en dat ik als audicien niet wens toe te treden tot de nationale overeenkomst audiciens - verzekeringsinstellingen (\*).  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) |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Hoe opsturen?** | |
| **Bij voorkeur via -mail (ingescand document):**  *Of*  **Via de post:** | [audinl@riziv-inami.fgov.be](mailto:audinl@riziv.fgov.be)  RIZIV, Dienst voor geneeskundige verzorging  Team audiciens  De Gerlachestraat 1, 3500 HASSELT |