|  |  |
| --- | --- |
|  | **Niet-toetreding als orthopedist tot de nationale overeenkomst orthopedisten - 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 orthopedist 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 orthopedist niet wens toe te treden tot de nationale overeenkomst orthopedisten - verzekeringsinstellingen (\*). Datum: Handtekening:*(\*) De volledige tekst van de nationale overeenkomst tussen de orthopedisten en de verzekeringsinstellingen, evenals andere info over de uitoefening van uw beroep vindt u op onze website* [*www.riziv.be > Professionals > Orthopedisten*](http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/orthopedisten/Paginas/default.aspx) |

|  |
| --- |
| 1. **Hoe opsturen?**
 |
| **Bij voorkeur via -mail (ingescand document):***Of***Via de post:** | dossierpharma@riziv.fgov.beRIZIV, Dienst voor geneeskundige verzorgingTeam orthopedistenGalileelaan 5/01 – 1210 Brussel |