|  |  |
| --- | --- |
|  | **Adhésion en qualité d’audicien à la convention audiciens - organismes assureurs** |

|  |
| --- |
| 1. **Vos données :**
 |
| **Votre 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’audicien + 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 j’adhère à la convention nationale S/2018ter audiciens - organismes assureurs (\*). Comme je travaille dans une entreprise et que je ne suis pas chef d’entreprise, j’ai pour cela l’autorisation de mon chef d’entreprise(\*\*).Date : Signature :*(\*) Le texte intégral de la Convention nationale audiciens - organismes assureurs, ainsi que d’autres informations sur l’exercice de votre professio*n *se trouvent sur notre site* [*www.inami.be > Professionnels > Audiciens*](https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/audiciens/Pages/default.aspx) *(\*\*) Vous devez joindre un mandat du chef de cette entreprise vous autorisant à prendre les engagements prévus dans ladite convention.* |

|  |
| --- |
| 1. **Comment nous transmettre le formulaire?**
 |
| **De préférence par email (document numérisé) :***Ou***Par courrier postal:** | audifr@riziv-inami.fgov.be INAMI, Service des soins de santé, Team audiciensAvenue Galilée 5/011210 BRUXELLES |