|  |  |
| --- | --- |
|  | **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)*  *or* | |  |  | | --- | --- | |  |  |   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 orthopédistes - 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 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)  *(\*\*)* Vous ne devez pas annexer la preuve de l’autorisation de votre chef d’entreprise. |

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