

**FORMULE D'ADHESION**

Le (la) soussigné(e), ..... (nom, prénom)  
ayant sa résidence principale ..... (rue, n°. , boîte)  
.....(n° postal, commune)  
.....(province ou Région de Bruxelles-Capitale)  
inscrit(e) sur la liste des praticiens de l'art infirmier, publiée par l'Institut national d'assurance maladie-  
invalidité,  
sous le n°. ....

exerçant son activité à l'(aux) adresse(s) suivante(s)<sup>1</sup> : .....  
.....  
.....  
.....

déclare avoir pris connaissance de la présente convention et y adhérer sans restriction, et déclare par  
ailleurs :

- 1. opter pour le système du tiers payant pour l'ensemble de son activité professionnelle <sup>2</sup>
- 2. ne pas opter pour le système du tiers payant <sup>2</sup>.

Fait à ..... le .....

- L'infirm(ier)(ière) gradué(e) ou assimilé(e),<sup>2</sup>
- L'accoucheuse,<sup>2</sup>
- L'infirm(ier)(ière) breveté(e), <sup>2</sup>
- L'hospital(ier)(ière)/assistant(e) en soins hospitaliers ou assimilé(e),<sup>2</sup>

(signature)

<sup>1</sup> Préciser éventuellement la dénomination de l'(des) établissements où la profession est exercée.  
<sup>2</sup> Biffer la mention inutile.