



## Aanvraag om als apotheker bij het RIZIV te worden ingeschreven

Opgelet! U zal als vervanger worden ingeschreven. Om als titularis of adjunct te worden ingeschreven, moet u ons ook het formulier '[Wijzigingen in de samenstelling van een apotheekteam](#)' bezorgen.

### I. Inschrijvingsvoorwaarden:

- U heeft een visum van de [FOD Volksgezondheid](#) gekregen
- U heeft een erkenning van de [Orde der Apothekers](#) gekregen

### II. Uw gegevens: (al deze gegevens moeten ons verplicht worden meegedeeld)

<b>Uw naam:</b>	
<b>Uw voornaam:</b>	
<b>Uw rijksregisternummer:</b> <i>(U vindt dat nummer op de achterkant van uw identiteitskaart. U bent niet in het rijksregister ingeschreven? Gelieve dan uw bisnummer mee te delen)</i>	
<b>Uw e-mailadres:</b> <i>(E-mailadres waarop we u kunnen contacteren)</i>	
<b>Uw contactadres:</b> <i>(Adres waarop we u kunnen contacteren: <b>verplicht</b> adres in België + eventueel de naam van diegene die op dat adres verblijft of de instelling die op dat adres gevestigd is)</i>	<b>Straat, nr., postbus:</b>  <b>Postcode, plaats:</b>  <b>Naam van diegene die op dat adres verblijft, of van de instelling:</b>  <b>RIZIV- of APB-nummer van de instelling (indien beschikbaar):</b>

*Gelieve ook de keerzijde van dit formulier in te vullen en te ondertekenen*

### III. Verklaring van de Raad van de Orde der Apothekers

De apotheker (naam en voornaam) .....,  
is of wordt ingeschreven op de lijst van de Orde der Apothekers van de provincie

Onder het nummer: .....

En mag de artsnijbereidkunde uitoefenen vanaf: .....

Gedaan te ..... Op .....

Handtekening van de mandaathouder

Stempel van de Provinciale Raad  
van de Orde der Apothekers

### IV. Uw verklaring

Door dit inschrijvingsformulier te ondertekenen verklaar ik dat de verstrekte gegevens correct zijn en dat ik voldoe aan de registratievoorwaarden zoals die zijn vermeld in deel I van dit document. Ik verbind mij ertoe om elke wijziging met betrekking tot de gegevens die op dit formulier vermeld zijn, te melden.

Ik treed toe tot de Nationale overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen (P96) en ik verbind mij ertoe om de bepalingen van die overeenkomst na te leven.

Datum:

Handtekening:

[Elektronisch ondertekenen](#) of afdrukken, ondertekenen en inscannen.

### V. Hoe bezorgt u ons de aanvraag?

Bij voorkeur per e-mail (digitaal document): [dossierpharma@riziv-inami.fgov.be](mailto:dossierpharma@riziv-inami.fgov.be)

of

Per brief: RIZIV, Dienst voor Geneeskundige Verzorging, team apothekers  
Galileelaan 5/01, 1210 BRUSSEL



Meer informatie over de uitoefening van uw beroep kunt u terugvinden op onze website [www.riziv.be](http://www.riziv.be) >  
[Professionals > Apothekers](#)