

INAMI-HONORAIRES DE DISPONIBILITE SPECIALISTES

FORMULAIRE DESTINÉ AU MÉDECIN EN CHEF DE L'HÔPITAL

Je soussigné,

Dr (nom et prénom)

..... (numéro d'identification INAMI)

..... (E-mail)

médecin en chef de l'hôpital (nom de

l'hôpital) (numéro d'identification INAMI de l'hôpital).

déclare par la présente prendre la responsabilité de transmettre les informations à l'INAMI qui sont nécessaires au paiement des honoraires de disponibilité aux médecins spécialistes participant au service de garde organisé à l'hôpital.

Je précise que l'INAMI peut verser les honoraires de disponibilité des médecins spécialistes sur le compte bancaire numéro (numéro de compte de l'hôpital ou du conseil médical). Le titulaire de ce numéro de compte est (nom du titulaire tel qu'il est connu auprès de l'organisme financier)

.....
(adresse complète telle qu'elle est connue auprès de l'organisme financier).

Je demande à l'INAMI de me fournir les codes d'accès pour l'application on line de l'Institut.

..... (signature)

..... (date)

À renvoyer complété à :

INAMI – Service des soins de santé

Direction Établissements et services de soins

Honoraires de disponibilité médecins spécialistes

avenue de Tervueren 211 - 1150 BRUXELLES