

**DEMANDE D'OBTENTION D'UN NUMERO D'IMMATRICULATION TIERS PAYANT
PAR UN GROUPEMENT DE PRATICIENS DE L'ART INFIRMIER**

I. Identification du groupe pour le compte duquel la facturation est effectuée

Nom : Tél. :

Adresse : GSM :

..... E-mail :

II. Prestataires qui effectuent des prestations pour le groupement (1)

1. Nom, prénom : numéro INAMI :

Adresse :

Activité : plein-temps - mi-temps - remplacements occasionnels (2)
En cas de remplacements occasionnels, mentionner le nombre ou la période.

.....

Autre(s) groupement(s) pour le(s)quel(s) des prestations sont effectuées.
Veuillez identifier ce(s) groupe(s) en communiquant le(s) numéro(s) de groupe(s) (si déjà attribué), ou la dénomination et la localité, ou les prestataires en faisant partie.

.....
.....

Signature du prestataire :

2. Nom, prénom : numéro INAMI :

Adresse :

Activité : plein-temps - mi-temps - remplacements occasionnels (2)
En cas de remplacements occasionnels, mentionner le nombre ou la période.

.....

Autre(s) groupement(s) pour le(s)quel(s) des prestations sont effectuées.
Veuillez identifier ce(s) groupe(s) en communiquant le(s) numéro(s) de groupe(s) (si déjà attribué), ou la dénomination et la localité, ou les prestataires en faisant partie.

.....
.....

Signature du prestataire :

(1) Tous les prestataires doivent être mentionnés. Eventuellement ajouter une liste complémentaire.
(2) Biffer la mention inutile.

3. Nom, prénom : numéro INAMI :

Adresse :

Activité : plein-temps - mi-temps - remplacements occasionnels (2)

En cas de remplacements occasionnels, mentionner le nombre ou la période.

.....

Autre(s) groupement(s) pour le(s)quel(s) des prestations sont effectuées.

Veillez identifier ce(s) groupe(s) en communiquant le(s) numéro(s) de groupe(s) (si déjà attribué), ou la dénomination et la localité, ou les prestataires en faisant partie.

.....

.....

Signature du prestataire :

III. Nature des prestations qui sont facturées

D'autres prestations que celles de l'art infirmier sont-elles facturées ?

si oui, lesquelles ? :

IV. Le demandeur (responsable du groupement)

Je certifie que ce formulaire n'a pas été transmis par un autre prestataire du groupe.

Nom, prénom:..... Date :.....

Registre national obligatoire : - -

Signature :

A renvoyer à : INAMI

Pour des renseignements complémentaires :

Service Soins de santé Section infirmiers

A l'att. de Madame STRAUVEN

02/739.74 79

Avenue de Tervuren 211

1150 BRUXELLES

(2) Biffer la mention inutile