

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)¹ :

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 ²
2. ne pas opter pour le système du tiers payant ².

Fait à le

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

(signature)

¹ Préciser éventuellement la dénomination de l'(des) établissements où la profession est exercée.

² Biffer la mention inutile.