Formulaire à renvoyer à l’adresse suivante :

INAMI

Service des soins de santé

Direction Etablissements et services de soins

Avenue de Tervuren, 211

1150 BRUXELLES

Ou envoyer document scanné à [**Mrpa.mrs@inami.fgov.be**](mailto:Mrpa.mrs@inami.fgov.be)

**Gestionnaire d’accès auprès de eHealth**

Veuilez remplir en caractères d’imprimerie (encre bleue ou noire)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom établissement/groupement |  |
| Numéro INAMI établissement/groupement |  |
| Numéro BCE établissement/groupement |  |
| Gestionnaire d’accès   * Nom * Prénom * Numéro de registre national * Numéro INAMI du gestionnaire d’accès (si il/elle en a un) |  |

Date :

Nom et prénom du Directeur   
de l’établissement/du groupement:

Signature

Cachet de l’établissement/du groupement