



Modifications dans la composition ou les données d'un groupe tiers payant

I. N° INAMI du groupement :

(Pour les points suivants, veuillez remplir uniquement les cases pertinentes)

II. Changement de responsable :

Date à laquelle le changement sera effectif :/...../.....

	Responsable sortant	Nouveau responsable
Nom et prénom :
Numéro national : <i>(Vous trouverez ce numéro au verso de votre carte d'identité. Vous n'êtes pas inscrit au registre national? Veuillez alors préciser votre numéro bis)</i>
Votre numéro INAMI : <i>(A remplir si vous êtes un professionnel de la santé et que vous avez un numéro INAMI)</i>

III. Modification des données de votre groupement :

	Anciennes données	Nouvelles données
La dénomination de votre groupement :
Le numéro BCE de votre groupement : <i>(A compléter si votre groupement n'avait auparavant pas de numéro BCE. En cas de changement de N° BCE, il faut un nouveau N° INAMI)</i>	/
L'adresse de votre groupement :	Rue, N°, Bte : Code postal, localité :	Rue, N°, Bte : Code postal, localité :
Adresse email de votre groupement : <i>(Adresse email à laquelle votre groupement peut être contacté)</i>
Numéro de téléphone de votre groupe : <i>(Numéro de téléphone auquel votre groupement peut être contacté)</i>

IV. La composition de votre groupement :

Chaque dispensateur entrant doit obligatoirement signer ce formulaire (si cette liste n'est pas assez longue, vous pouvez y annexer une liste complémentaire similaire)

Nouveaux dispensateurs :

	Nom et prénom du dispensateur	Numéro INAMI du dispensateur	Date d'entrée	Signature du dispensateur
1.
2.
3.

Dispensateurs sortants :

	Nom et prénom du dispensateur	Numéro INAMI du dispensateur	Date de sortie
1.
2.
3.

V. Votre déclaration en qualité de responsable du groupement :

En signant ce formulaire de modification, je déclare que les données transmises sont correctes et je m'engage à communiquer à l'INAMI tout changement concernant les données et/ou la composition du groupement.

Date :

Signature du responsable :

VI. Déclaration du responsable sortant :

(A remplir et signer uniquement en cas de changement de responsable, voir point II.) :

En signant ce formulaire de modification, je déclare qu'à la date mentionnée au point II, je transfère la responsabilité de ce groupement.

Date :

Signature du responsable sortant :

VII. Comment nous transmettre le formulaire ?

De préférence par email (document numérisé) :

nursefr@riziv-inami.fgov.be

Ou

Par courrier postal :

INAMI, Service des soins de santé,
team infirmiers

Avenue Galilée 5/01 - 1210 BRUXELLES