|  |  |
| --- | --- |
|  | **Aanvraag tot inschrijving bij het RIZIV in de hoedanigheid van audicien** |

|  |
| --- |
| 1. **Inschrijvingsvoorwaarden** |
| * **U heeft een diploma van audicien en u heeft een visum van de FOD Volksgezondheid ontvangen** * **U wenst de verstrekkingen van de nomenclatuur te attesteren** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Uw identificatiegegevens** *(u bent verplicht ons die gegevens mee te delen)* | |
| **Uw naam:** |  |
| **Uw voornaam:** |  |
| **Uw rijksregisternummer:**  *(U vindt dit nummer op de achterkant van uw identiteitskaart. Indien u niet in het Rijksregister bent opgenomen, gelieve dan uw bisnummer mee te delen)* |  |
| **Uw visumnummer:**  *(Dit nummer staat op het visum dat u van de FOD Volksgezondheid hebt gekregen)* |  |
| **Uw e-mailadres:**  *(e-mailadres waarop we u kunnen contacteren)* |  |
| **Uw contactadres:**  *(Adres waarop we u kunnen contacteren:* ***verplicht adres in België*** *+ eventueel de naam van diegene die op dit adres verblijft of de instelling die op dit adres gevestigd is)* | Straat, nr., postbus:    Postcode, plaats:  Naam: |
| **Uw conventioneringsstatuut:** | |  |  | | --- | --- | | Ik treed toe tot de nationale overeenkomst tussen de audiciens en de verzekeringsinstellingen (S/2018ter) |  | | Ik treed niet toe tot de voormelde overeenkomst |  | |

*Gelieve ook de keerzijde van dit formulier in te vullen en te ondertekenen*

|  |
| --- |
| 1. **Uw verklaring** |
| Door dit inschrijvingsformulier te ondertekenen verklaar ik dat ik voldoe aan de registratievoorwaarden zoals vermeld in deel I en dat de identificatiegegevens van deel II correct zijn.  Ik verbind mij ertoe om elke wijziging met betrekking tot de gegevens op dit formulier te melden.  Als ik toetreed tot de nationale overeenkomst tussen de audiciens en de verzekeringsinstellingen (S/2018ter), verbind ik mij ertoe om de bepalingen van die overeenkomst na te leven.  Datum:  Handtekening: |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Hoe kunt u ons de aanvraag tot inschrijving bezorgen?** | |
| **Bij voorkeur per e-mail (digitaal document):**  of  **Per brief:** | [audinl@riziv-inami.fgov.be](mailto:audinl@riziv-inami.fgov.be)  RIZIV, Dienst voor Geneeskundige Verzorging  Team audiciens  De Gerlachestraat 1  3500 HASSELT |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [https://encrypted-tbn2.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcRoUOQwUzFUK3IcYRJdVnmyAl-n-PncN_OpTIpmAVDXDwENDio8TglBHQ](https://www.google.be/imgres?imgurl=http://www.stadtmarketing-amberg.de/wp-content/uploads/info.gif&imgrefurl=http://www.stadtmarketing-amberg.de/eine-seite/einkaufsfuhrer/&docid=2ESUIcAgl24aKM&tbnid=FsUav2SNG-VyEM&w=450&h=450&ei=y3l8VPnhD8jfaLjvgpAM&ved=0CAYQxiAwBA&iact=c) | Meer informatie over de uitoefening van uw beroep (de nomenclatuur, honoraria, nationale overeenkomst, etc.) kunt u terugvinden op onze website [www.riziv.be > Professionals > Audiciens](https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/audiciens/Paginas/default.aspx) |