



**Adhésion en qualité de praticien de l'art infirmier à la
Convention nationale
Praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs**

I. Vos données :

Vos nom et prénom :
Votre numéro INAMI :
Votre adresse email : <i>(Adresse email à laquelle nous pouvons vous contacter)</i>
Adresse de votre activité principale : <i>(Adresse à laquelle vous exercez votre activité principale en qualité d'infirmier + le cas échéant, le nom du demeurant ou de l'établissement situé à cette adresse)</i>	Rue, n°, Bte :
	Code postal, localité :
	Nom du demeurant ou de l'établissement :

II. Votre déclaration :

En signant ce formulaire, je déclare que les informations reprises ci-dessus sont correctes et que j'adhère à la convention nationale praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs (*).

Date :

Signature :

À imprimer et à signer ou à [signer électroniquement](#).

(*) Le texte intégral de la convention nationale praticiens de l'art infirmier - organismes assureurs, ainsi que d'autres informations sur l'exercice de votre profession se trouvent sur notre site www.inami.be > Professionnels > Infirmiers.

III. 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