|  |  |
| --- | --- |
|  | **Antrag auf Eintragung als Apotheker**  **beim LIKIV**  ***Achtung! Sie werden als stellvertretender Apotheker eingetragen werden. ​ Um sich als Apotheker-Inhaber oder als beigeordneter Apotheker eintragen zu lassen, müssen Sie uns ebenfalls das Formular*** [*'Änderungen in der Zusammensetzung eines Apothekenteams''*](http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formulier_apothekers_wijzigingen_apotheekteam.docx) ***übermitteln.*** |

|  |
| --- |
| 1. **Eintragungsbedingungen** : |
| * **Sie haben vom FÖD Volksgesundheit eine Beglaubigung erhalten.** * **Sie sind von der Apothekerkammer anerkannt worden.** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Ihre Daten:** (alle diese erforderlichen Daten sind anzugeben) | |
| **Name:** |  |
| **Vorname:** |  |
| **Nationalregisternummer:**  *(diese befindet sich auf der Rückseite Ihres Personalausweises). Sie sind nicht im Nationalregister eingetragen? In dem Fall ist Ihre Bisnummer anzugeben)* |  |
| **Ihre E-Mailadresse:**  *(E-Mailadresse unter der Sie zu erreichen sind)* |  |
| **Ihre Kontaktanschrift:**  *(Anschrift unter der Sie zu erreichen sind:* ***erforderliche***  *Anschrift in Belgien + ggf. Name der unter dieser Anschrift ansässige Person oder Einrichtung)* | Strasse, Hausnr./Postfach:    Postleitzahl, Ort:  Name der unter dieser Anschrift ansässigen Person oder Einrichtung:  LIKIV- oder APB-Nummer der Einrichtung (falls vorhanden): |

*Bitte füllen Sie auch die Rückseite des Formulars aus und unterschreiben Sie es.*

|  |
| --- |
| 1. **Erklärung des Rates der Apothekerkammer** |
| Der obengenannte Apotheker ist bzw. wird auf der Liste der Apothekerkammer der Provinz ............................. eingetragen    unter der Nummer:  und darf die Arzneikunde ausüben, ab dem:   |  |  | | --- | --- | | Ausgestellt zu | am |   Unterschrift des Mandatsinhabers Stempel des provinzialen Rates  der Apothekerkammer |

|  |
| --- |
| 1. **Ihre Erklärung** |
| Mit der Unterzeichnung dieses Anmeldeformulars, erkläre ich, dass die angegebenen Daten korrekt sind und ich die in Teil I dieses Dokuments erwähnten Registrierungsbedingungen erfülle. Ich verpflichte mich, jede Änderung in oben angegebenen Daten dieses Formulars mitzuteilen.  Ich trete dem nationalen Abkommen zwischen den Apothekern und den Versicherungsträgern (P96) bei und ich verpflichte mich, die Bestimmungen dieses Abkommens einzuhalten.  Datum:  Unterschrift: |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Wie muss der Antrag eingereicht werden?** | |
| **vorzugsweise per E-Mail (digitales Dokument):**  *oder*  **per Brief:** | [dossierpharma@riziv-inami.fgov.be](mailto:dossierpharma@inami.fgov.be)  LIKIV, Dienst für Gesundheitspflege, Apothekerteam  Avenue de Tervueren 211, 1150 Brüssel (Raum 486) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| [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) | Weitere Auskünfte über die Ausübung Ihres Beruf finden Sie auf unserer Internetseite [www.inami.be > Professionnels > Pharmaciens](http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/apothekers/Paginas/default.aspx) |