



## Wijzigingen in de samenstelling van een apotheekteam

### I. Gegevens van de apotheek :

RIZIV- of APB-nr. van de apotheek : .....

Naam van de apotheek : .....

Adres van de apotheek : .....

(Alle naams- en/of adreswijzigingen van de apotheek moeten alleen aan het FAGG worden meegedeeld.)

(Gelieve voor de volgende punten alleen de relevante vakken in te vullen.)

### II. Wijziging van titularis :

Datum van de wijziging : ...../...../.....

	Vertrekkende titularis	Nieuwe titularis
Naam en voornaam :	.....	.....
Rijksregisternummer : <i>(U vindt dat nummer op de achterkant van uw identiteitskaart. U bent niet in het rijksregister ingeschreven? Gelieve dan uw bisnummer mee te delen.)</i>	.....	.....
RIZIV-nummer :	.....	.....
Handtekening :	.....	.....

### III. Toetredende of vertrekkende apothekers van de apotheek :

Elke toetredende apotheker moet dit formulier verplicht ondertekenen (als deze lijst niet lang genoeg is, kunt u een gelijkaardige lijst als bijlage toevoegen.)

Toetredende apothekers : (! Gelieve de functie van de apotheker aan te duiden, anders wordt hij/zij als vervanger ingeschreven !)

	Naam en voornaam van de apotheker	RIZIV-nummer van de toetredende apotheker	Functie van de toetredende apotheker	Datum van toetreding	Handtekening van de toetredende apotheker
1.	.....	.....	<input type="checkbox"/> Titularis <input type="checkbox"/> Adjunct	.....	.....
2.	.....	.....	<input type="checkbox"/> Titularis <input type="checkbox"/> Adjunct	.....	.....
3.	.....	.....	<input type="checkbox"/> Titularis <input type="checkbox"/> Adjunct	.....	.....

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

Vertrekkende apothekers :			
	Naam en voornaam van de apotheker	RIZIV-nummer van de apotheker	Datum van vertrek
1.	.....	.....	.....
2.	.....	.....	.....
3.	.....	.....	.....

**IV. Uw verklaring als titularis of eigenaar van de officina :**

Door dit wijzigingsformulier te ondertekenen verklaar ik dat de verstrekte gegevens correct zijn en verbind ik mij ertoe het RIZIV op de hoogte te brengen van elke wijziging met betrekking tot de samenstelling van het apotheekteam.

Datum :


Naam en handtekening van de titularis(sen) of van de eigenaar van de officina (\*) :

*[Elektronisch ondertekenen](#) of afdrukken, ondertekenen en inscannen.*

(\*) doorhalen wat niet past

**V. Hoe bezorgt u ons de aanvraag?**

**Bij voorkeur per e-mail (digitaal document) :** [dossierpharma@riziv-inami.fgov.be](mailto:dossierpharma@riziv-inami.fgov.be)  
*of*  
**Per brief :** RIZIV, Dienst voor Geneeskundige Verzorging, team apothekers  
Galileelaan 5/01, 1210 BRUSSEL

 Meer informatie over de uitoefening van uw beroep kunt u terugvinden op onze website [www.riziv.be](http://www.riziv.be) > [Professionals > Apothekers](#)