

ACTE D'ADHESION A UN OFFICE DE TARIFICATION

=====

TARIMED

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Profession :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Numéro d'identification-INAMI (11 digits) :

M'engage à adhérer à l'Office de Tarification :

Dénomination : **TARIMED APPL**

Adresse : **Rue de Mulhouse,33b
4020 Liège**
Téléphone : **04/340.45.84**
Fax : **04/342.01.93**
E Mail **tarimed@appl.be**

Je m'engage :

1. A confier à cet office de tarification toutes les attestations de soins que j'aurai effectué, suivant le système du tiers payant, pour le compte de l'Assurance Obligatoire Soins de santé et à autoriser celui-ci à percevoir les montants tarifés pour mon compte.
2. A ne pas confier la tarification de ces attestations de soins à un autre Office de Tarification et à subordonner le retrait de mon adhésion à un préavis de deux mois, notifié par lettre recommandée.

Les sommes dues doivent être versées au compte n°

de M.

Date :

Signature :

«Les informations rassemblées dans ce formulaire sont destinées à être utilisées, conformément à ses statuts, dans le cadre des activités de notre association.

Les données peuvent être consultées par la personne concernée et corrigées, conformément à la loi du 08/12/92 relative à la protection de la vie privée. »