

**FORMULE D'ADHESION**

Le(la) soussigné(e) ..... (nom, prénoms)  
 ayant sa résidence principale .....

..... (rue, n°, boîte)

..... (n° postal, commune)

..... (province ou Région de Bruxelles-Capitale)

inscrit(e), sous le n° .....

exerçant son activité à l'(aux) adresse(s) suivante(s) (1) :

activité principale : .....

autres : .....

.....

.....

déclare avoir pris connaissance de la présente convention et y adhérer sans restriction, et déclare par ailleurs – lorsqu'il s'agit des prestations visées à l'article 7, § 1<sup>er</sup>, 1°, V, 2°, 3°, V, 4°, V, 5°, V et 6°, V de la nomenclature des prestations de santé – :

1. opter pour le système du tiers payant pour l'ensemble de son activité professionnelle (2) ;

2. ne pas opter pour le système du tiers payant, sauf en ce qui concerne son(ses) activité(s) suivante(s), qu'il(elle) déclare, sur l'honneur, exercer contractuellement et pour laquelle(lesquelles) cette option est exigée (1) (2) :

.....  
 .....  
 .....

3. ne pas opter pour le système du tiers payant (2).

Fait à ....., le .....

Le(la) kinésithérapeute,

(signature)

(1) Préciser la dénomination et l'adresse de l'(des) établissement(s) où la profession est exercée.

(2) Biffer la mention inutile.