Une image contenant Graphique, texte, graphisme, Police

Description générée automatiquement

**Belliardstraat 71/1 - 1040 Brussel** [**impulseobrussel@vivalis.brussels**](mailto:impulseobrussel@vivalis.brussels) **Tel 02/502 60 01** [**www.vivalis.brussels**](http://www.vivalis.brussels)

*Dit formulier moet opgestuurd worden naar de GGC en dit uiterlijk op 30 juni en heeft betrekking op de kosten voor de diensten ontstaan tijdens het jaar dat het jaar van de aanvraag voorafgaat. Het formulier mag ofwel verstuurd worden via e-mail met ontvangstbevestiging ofwel via de post (in het laatste geval mag de poststempel niet ouder zijn dan 30 juni)*

**AANVRAAG VOOR TEGEMOETKOMING IN DE KOSTEN VOOR DIENSTEN VOOR TWEE OF MEERdere ARTSEN die deel uitmaken van een GROEPERING MET INBEGRIP VAN HET MEDISCH HUIS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GEGEVENS VAN DE AANVRAGER** | | | | |
|  |
| 1. **Indien de aanvraag wordt ingediend door de groepering van artsen in de hoedanigheid van rechtspersoon (vennootschap), gelieve de onderstaande velden in te vullen :**  * **Identiteit van de vennootschap:**   -Naam van de vennootschap :………………………………………………………………………………………………………………………..  -Rechtsvorm: ………………………………………………………………………………………………………………………….  -Oprichtingsdatum : ………………………………………………………………………………………………………………………….  -Ondernemingsnummer (KBO) : ………………………………………………………………………………………………………..   * **Maatschappelijke zetel :**   Straat/plaats/laan (te verduidelijken)………………………………………………………………………………………………nr. + bus…………………..  Postcode ……………………Gemeente…………………………………………………………………………………………..  Tel…………………………………………….Fax……………………………..   * **Installatieplaats :**   Straat/plaats/laan (te verduidelijken)………………………………………………………………………………………………nr. + bus…………………..  Postcode ……………………Gemeente…………………………………………………………………………………………..  Tel…………………………………………….Fax……………………………..   * **Vertegenwoordiging van de vennootschap:**   Afgevaardigd bestuurder of zaakvoerder : …………………………………………………………………………………………………  **2 Indien de aanvraag wordt ingediend door de groepering van artsen in de hoedanigheid van**  **feitelijke vereniging,gelieve de onderstaande velden in te vullen:**   * **Identiteit van de entiteit :**   -Naam :………………………………………………………………………………………………………………………..  -Oprichtingsdatum : ………………………………………………………………………………………………………………………….   * **Installatieplaats :**   Straat/plaats/laan (te verduidelijken)………………………………………………………………………………………………nr. + bus…………………..  Postcode ……………………Gemeente…………………………………………………………………………………………..  Tel…………………………………………….Fax……………………………..   |  | | --- | | **SAMENSTELLING VAN DE GROEPERING (RECHTSPERSOON OF FEITELIJKE VERENIGING)** |   **DONNEES DU DEMANDEUR COMPOSITION DU REGROUPEMENT**   * Identiteit van arts 1 :   Naam : ……………………………… Voornaam:………………………..  Adres:…………………………………. Nr°+ Bus:………………………  Postcode:………………………….. Gemeente:……………………..  Tel : ……………………………………… Fax:………………………………..  Geboortedatum: ………………. Gsm:……………………………….  Geboorteplaats: ………………. E-mail:……………………………..  Geslacht (M/V): …………………………. Nationaliteit:…………………….  Rijksregisternummer:…………………………  Datum erkenning RIZIV:……………………………………  Inschrijvingsnummer RIZIV:………………………………….  Ondernemingsnummer (KBO):…………………………………..  S  Installatieplaats:  Adres:……………………………………….  Nr.:……………………………………………….. Bus:…………………………….  Postcode:…………………………………… Gemeente: ……………………  Aanvangsdatum van de deelname aan de groepering:……………………………….  Einddatum van de deelname aan de groepering:…………………………………….   * Identiteit van arts 2 :   Naam : ……………………………… Voornaam:………………………..  Adres:…………………………………. Nr°+ Bus:………………………  Postcode:………………………….. Gemeente:……………………..  Tel : ……………………………………… Fax:………………………………..  Geboortedatum: ………………. Gsm:……………………………….  Geboorteplaats: ………………. E-mail:……………………………..  Geslacht (M/V): …………………………. Nationaliteit:…………………….  Rijksregisternummer:…………………………  Datum erkenning RIZIV:……………………………………  Inschrijvingsnummer RIZIV:………………………………….  Ondernemingsnummer (KBO):…………………………………..  Datum van inschrijving in een huisartsenkring:………………………………..  Installatieplaats:  Adres:……………………………………….  Nr.:……………………………………………….. Bus:…………………………….  Postcode:…………………………………… Gemeente: ……………………  Aanvangsdatum van de deelname aan de groepering:……………………………….  Einddatum van de deelname aan de groepering:…………………………………….  .   * Identiteit van arts 3 :   Naam : ……………………………… Voornaam:………………………..  Adres:…………………………………. Nr°+ Bus:………………………  Postcode:………………………….. Gemeente:……………………..  Tel : ……………………………………… Fax:………………………………..  Geboortedatum: ………………. Gsm:……………………………….  Geboorteplaats: ………………. E-mail:……………………………..  Geslacht (M/V): …………………………. Nationaliteit:…………………….  Rijksregisternummer:…………………………  Datum erkenning RIZIV:……………………………………  Inschrijvingsnummer RIZIV:………………………………….  Ondernemingsnummer (KBO):…………………………………..  Datum van inschrijving in een huisartsenkring:………………………………..  Installatieplaats:  Adres:……………………………………….  Nr.:……………………………………………….. Bus:…………………………….  Postcode:…………………………………… Gemeente: ……………………  Aanvangsdatum van de deelname aan de groepering:……………………………….  Einddatum van de deelname aan de groepering:…………………………………….   * Identiteit van arts 4 :   Naam : ……………………………… Voornaam:………………………..  Adres:…………………………………. Nr°+ Bus:………………………  Postcode:………………………….. Gemeente:……………………..  Tel : ……………………………………… Fax:………………………………..  Geboortedatum: ………………. Gsm:……………………………….  Geboorteplaats: ………………. E-mail:……………………………..  Geslacht (M/V): …………………………. Nationaliteit:…………………….  Rijksregisternummer:…………………………  Datum erkenning RIZIV:……………………………………  Inschrijvingsnummer RIZIV:………………………………….  Ondernemingsnummer (KBO):…………………………………..  Datum van inschrijving in een huisartsenkring:………………………………..  Installatieplaats:  Adres:……………………………………….  Nr.:……………………………………………….. Bus:…………………………….  Postcode:…………………………………… Gemeente: ……………………  Aanvangsdatum van de deelname aan de groepering:……………………………….  Einddatum van de deelname aan de groepering:…………………………………….  **Ingeval er meer dan 4 huisartsen zijn : zie bijlage 1.**   |  | | --- | | **GEGEVENS VAN DE BEGUNSTIGDE VAN DE TEGEMOETKOMING** |  1. **Indien het een groepering betreft van artsen in de hoedanigheid van rechtspersoon**  * **Rekeningnummer van de begunstigde van de tegemoetkoming :**   Naam van de titularis van de rekening………………………………………………………………………………………………………………………........  IBAN-rekeningnummer ………………………………………………………………….BIC………………………………………………………….........   1. **Indien het een groepering betreft van artsen in de hoedanigheid van een feitelijke vereniging**   *Het is niet mogelijk om het bedrag van de tegemoetkoming te storten op de rekening van de feitelijke vereniging. Dat kan enkel aan artsen die deel uitmaken van de groepering.*   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Naam van alle artsen van de groepering of van hun vennootschap (+ het KBO-nummer van elke begunstigde vermelden)** | **Verdeelsleutel van de tegemoetkoming Impulseo**  **(in overeenstemming met de samenwerkingsovereenkomst)** | **IBAN** | **BIC** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   **NB : indien het een eerste IMPULSEO-aanvraag betreft, moet het inlichtingsfiche vermeld in bijlage 3 ingevuld worden door alle titularisen van de bovenvermelde bankrekeningen.** | | |
| **GEGEVENS VAN DE DIENST TELESECRETARIAAT** | | | | |
| - Naam van de dienst telesecretariaat:………………………………………………………………………………………………………………………  - Adres:………………………………………………………………………………………………………………………………………….Nr.+ Bus:……………..  - Postcode: …………………………………………………………….Gemeente:………………………………………………….  - Totaal kosten voor de diensten :……………………………………. | | |
| **AANVULLENDE GEGEVENS** | | | | |
| 1. **Zijn de huisartsen verbonden met het Brusselse Gezondheidsnetwerk ?**   ◊ Ja  ◊ Neen   1. **Heeft elk huisart die deel uitmaakt van de groepering ten minste 1 sumehr gepubliceerd in de kluis van het Brusselse Gezondheidsnetwerk?**   ◊ Ja  ◊ Neen | | |
| ***Indien een van de bovenstaande antwoorden negatief is, gelieve contact op te nemen met de vzw Abrumet via*** [***info@abrumet.be***](mailto:info@abrumet.be) | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **AAN DE AANVRAAG TOE TE VOEGEN DOCUMENTEN** | |
| 1. **Gelieve onderstaande documenten aan de aanvraag toe te voegen en telkens de documenten aan te kruisen die werden toegevoegd. De documenten die tijdens de vorige aanvragen opgestuurd waren, hoeven niet meer verzonden te worden.** | |
| ◊ Bewijs van erkenning als huisarts (document waarin het identificatienummer bij het RIZIV wordt vermeld) van de artsen die deel uitmaken van de groepering  ◊ Bewijs van inschrijving in een huisartsenkring | | |
| ◊ Een **leesbare** kopie (recto-verso) van de identiteitskaart van de artsen die deel uitmaken van de groepering | | |
| ◊ Kopie van de statuten van de vennootschap **wanneer de aanvraag wordt ingediend door een rechtspersoon** | | |
| ◊ Kopie van de overeenkomst met de dienst telesecretariaat gedateerd en ondertekend | | |
| ◊ Kopie van de facturen van het telesecretariaat voor het jaar voorafgaand aan het jaar van de aanvraag | | |
| ◊ Bewijs van de inhoud van de diensten telesecretariaat (online agenda en medisch telesecretariaat) als deze inhoud niet is opgenomen in de overeenkomst met de dienst telesecretariaat | | |

|  |
| --- |
| **VERKLARING OP EER** |

1. **Gelieve (hieronder) de aanvraag voor een tegemoetkoming te dateren en te ondertekenen:**

Ik bevestig op eer dat alle in dit aanvraagformulier vermelde gegevens oprecht en volledig zijn.

Ik bevestig dat de artsen die deel uitmaken van de groepering een samenwerkingsovereenkomst hebben afgesloten voor de uitoefening van hun beroepsactiviteit ofwel op dezelfde installatieplaats ofwel op verschillende installatieplaatsen die in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn gelegen.

Ik verbind me ertoe onmiddellijk het steunpunt waarop ik een beroep doe of de GGC via impulseo@ccc.brussels in kennis te stellen van elke verandering die zich zou voordoen in de elementen die op dit formulier staan.

Ik ben me ervan bewust dat een valse of onvolledige verklaring aanleiding kan geven tot strafmaatregelen, overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 31 mei 1933 betreffende de verklaring te doen in verband met de subsidies, vergoedingen en toelagen van elke aard, die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Staat zijn

Elke valse verklaring brengt het recht van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie met zich mee om het onderzoek van het dossier te stoppen en de gemaakte kosten in te vorderen.

Gedaan te …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Datum………………………………………………………………………………………………………………...........................................

Naam van de rechtspersoon of feitelijke vereniging :……………………………………………………………………………………………………………………………….

***-Indien de aanvraag wordt ingediend door een rechtspersoon, moet dit aanvraagformulier worden ondertekend door de persoon die de vennootschap overeenkomstig de statuten geldig kan verbinden.***

De handtekening moet voorafgegaan worden door de vermelding “gelezen en goedgekeurd”…………………….……………

***- Indien de aanvraag wordt ingediend door een feitelijke vereniging, moet dit aanvraagformulier worden ondertekend door elke huisarts die deel uitmaakt van de groepering,***

Huisarts 1:

Naam : ……………………………….. Voornaam: ………………………………

Gedaan te:…………………………………………….Op:………………………………………

De handtekening moet voorafgegaan worden door de vermelding “gelezen en goedgekeurd”…………………….……………

Huisarts 2:

Naam : ……………………………….. Voornaam: ………………………………

Gedaan te:…………………………………………….Op:………………………………………

De handtekening moet voorafgegaan worden door de vermelding “gelezen en goedgekeurd”…………………….……………

Huisarts 3:

Naam : ……………………………….. Voornaam: ………………………………

Gedaan te:…………………………………………….Op:………………………………………

De handtekening moet voorafgegaan worden door de vermelding “gelezen en goedgekeurd”…………………….……………

Huisarts 4:

Naam : ……………………………….. Voornaam: ………………………………

Gedaan te:…………………………………………….Op:………………………………………

De handtekening moet voorafgegaan worden door de vermelding “gelezen en goedgekeurd”…………………….……………

**Ingeval er meer dan 4 huisartsen zijn : zie bijlage 2**

|  |
| --- |
| **Bijlage 1 (vervolg samenstelling van de groepering)** |

**Identiteit van arts 5** (leesbare kopie recto-verso van de identiteitskaart bijvoegen)

Naam : ……………………….. Voornaam: …………………….

Adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………. Nr. + Bus: ……………………

Postcode: ………………………………………… Gemeente: …………………………………………………………………………..

Tel : …………………………………………………….. Fax: ……………………………………………………………………………………….

Geboortedatum: …………………………………………………………………… Gsm: …………………………………………………….

Geboorteplaats: ……………………………………………………………………. E-mail: ……………………………………………………

Geslacht (M/V): …………………………………………… Nationaliteit: …………………………………………………………………………….

Rijksregisternummer: …………………………………………………………………………

Datum erkenning RIZIV: …………………………………………………………………….

Inschrijvingsnummer RIZIV: …………………………………………………………………….

Ondernemingsnummer (KBO): ………………………………………………………………………

Datum van inschrijving in een huisartsenkring:……………………………………………

Installatieplaats:

Adres: ………………………………………………..

Nr.:…………………………… Bus:…………………

Postcode: ………………………………… Gemeente: ……………………………………………………………………………………

Aanvangsdatum van de deelname aan de groepering: ………………………………………………………………………………………….

Einddatum van de deelname aan de groepering………………………………………………………………………………………………..

|  |
| --- |
| **Bijlage 2 (vervolg handtekening van de feitelijke vereniging)** |

**Huisarts 5:**

Naam : …………………………………………………………………. Voornaam: …………………………………………………….

Gedaan te: ……………………………………………………………… Op: ………………………

De handtekening moet voorafgegaan worden door de vermelding “gelezen en goedgekeurd”…………………….……………

**Huisarts 6:**

Naam : …………………………………………………………………. Voornaam: …………………………………………………….

Gedaan te: ……………………………………………………………… Op: ………………………

De handtekening moet voorafgegaan worden door de vermelding “gelezen en goedgekeurd”…………………….……………

**Huisarts 7:**

Naam : …………………………………………………………………. Voornaam: …………………………………………………….

Gedaan te: ……………………………………………………………… Op: ………………………

De handtekening moet voorafgegaan worden door de vermelding “gelezen en goedgekeurd”…………………….……………

**Huisarts 8:**

Naam : …………………………………………………………………. Voornaam: …………………………………………………….

Gedaan te: ……………………………………………………………… Op: ………………………

De handtekening moet voorafgegaan worden door de vermelding “gelezen en goedgekeurd”…………………….……………

**Huisarts 9:**

Naam : …………………………………………………………………. Voornaam: …………………………………………………….

Gedaan te: ……………………………………………………………… Op: ………………………

De handtekening moet voorafgegaan worden door de vermelding « gelezen en goedgekeurd »…………………….……………

**Bijlage 3 - Inlichtingsfiche IMPULSEO gezondheidscentrum of groepering van huisartsen**

Naam van het gezondheidscentrum of groepering van huisartsen

-------------------- --------------------

Volledig adres --------------------

BCE-nummer

**Rekeningnummer(s) waarop de tegemoetkoming moet betaald worden**

Naam :----------------------------------

IBAN------------------------------------------------

BIC--------------------------------------------------------

Handtekening van de gemachtigde persoon.

**Indien de tegemoetkoming op verschillende rekeningnummers moet betaald worden, dient dit formulier door elke betrokkene ondertekend te worden en moeten ze hun BCE vermelden .**

Datum

Handtekening

Naam :----------------------------------

IBAN------------------------------------------------

BIC--------------------------------------------------------

Handtekening

Ondergetekende(n) verklaart (verklaren) dat de bovenstaande gegevens correct zijn.

Stempel indien beschikbaar