

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRIME IMPULSEO I

I. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. IDENTITE (copie lisible de la carte d'identité à joindre)

Nom :	Prénom:
Adresse:	N° + Boîte:
Code postal:	Commune:
Tél :	Fax:
Date de naissance:	Gsm:
Lieu de naissance:	Email:
Sexe (M/F):	Nationalité:
Numéro de registre national:	
Numéro d'entreprise (BCE):	
Date agrégation INAMI:	
N° inscription INAMI:	
Date d'inscription au service de garde:	
Date de retour d'un pays en voie de développement (si d'application):	

2. SITUATION FAMILIALE (attestation de composition de ménage à joindre)

- marié sous le régime de la communauté des biens
- marié sous le régime de la séparation des biens
- Nom de l'époux(se):**
- cohabitant
- cohabitant légal
- divorcé(e)/séparé(e) de corps et de biens depuis le (date de transcription à L'Etat Civil)
- séparé de fait de
- veuve (veuf) de
- célibataire
- cohabitant avec (un des) parent(s)
- nombre d'enfants à charge
- nombre d'autres personnes à charge

II. PRIME

Une prime unique d'un montant de 20.000 EUR ou de 25.000 EUR est octroyée en fonction de la date et du lieu d'installation, et selon les critères fixés dans l'Arrêté du Gouvernement Wallon du 20/07/2017 (voir <http://sante.wallonie.be>).
L'AVIQ vérifiera à quelle prime vous avez droit.

III. IDENTITE DU BENEFICIAIRE DE PAIEMENT * (joindre attestation bancaire)

Numéro de compte du bénéficiaire : IBAN _____ BIC _____

Nom du bénéficiaire : _____

VI. SITUATION

1. Où allez-vous exercer votre activité de médecin généraliste?

- à votre domicile (le cas échéant, siège social de la société civile)
- dans un bâtiment loué
- autre (préciser)

2. Adresse d'installation actuelle (remplir si cette adresse diffère du domicile ou le cas échéant du siège social de la société civile)

Adresse:

N°:

Boîte:

Code postal:

Commune:

Zone de médecine générale:

3. Nouvelle adresse d'installation (remplir si cette adresse diffère du domicile ou le cas échéant du siège social de la société civile)

Adresse:

N°:

Boîte:

Code postal:

Commune:

Zone de médecine générale:

V. DECLARATION

Le soussigné confirme que les déclarations et tous les documents soumis pour l'examen de la demande sont sincères et exacts et s'engage à avertir immédiatement l'AVIQ de tout changement qui interviendrait dans les éléments figurant dans la demande. Toute fausse déclaration entraîne le droit pour l'AVIQ d'arrêter l'examen du dossier et de réclamer les frais exposés.

Le soussigné s'engage, en cas d'accord, à assumer en bon père de famille les obligations découlant de l'octroi de la prime.

*La prime est accordée au médecin en personne physique et non pas à sa société.

Le soussigné choisit de suivre un accompagnement effectué par une des structures d'appui aux starters avec lesquelles l'AViQ a conclu une convention de collaboration.

- Oui
- Non

Nom et adresse de la structure d'appui choisie:

Fait à ____ ____

le ____ ____

Nom du médecin : ____ ____

Prénom du médecin : ____ ____

Signature : ____ ____