

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRIME IMPULSEO I

I. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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

Nom :	Prénom:
Adresse:	N° + Boîte:
Code postal:	Commune:
Tél :	Fax:
Date de naissance:	Gsm:
	Courriel :

Numéro de registre national:

Numéro d'entreprise (BCE):

Date agrément 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 (joindre une attestation de composition de ménage)

- marié sous le régime de la communauté des biens
- marié sous le régime de la séparation des biens
- cohabitant
- célibataire

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 un relevé d'identité bancaire qui correspond à un compte privé et non à une société)

Numéro de compte du bénéficiaire : IBAN _____ BIC _____

Nom du bénéficiaire (personne physique) : _____

VI. SITUATION

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

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

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

Adresse:

N°:

Boîte:

Code postal:

Commune:

Zone de médecine générale:

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

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.

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

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

Le soussigné choisit de suivre un accompagnement effectué par une des structures d'appui 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 : ____ ____

Documents à joindre obligatoirement à la demande :

- Copie de la carte d'identité
- Composition de ménage
- Attestation d'agrément INAMI
- Attestation de première installation
- Déclaration de participation au service de garde
- Preuve d'installation (contrat de bail, convention de collaboration, ...)
- Relevé d'identité bancaire