ACTE D' ADHESION A UN OFFICE DE TARIFICATION (Pharmaciens)

Je, soussigné, Pharmacien titulaire d'une officine ouverte au public

Nom et prénoms :

Adresse de la pharmacie :

Numéro APB de la pharmacie **:**

Numéro d'identification du pharmacien titulaire à l'INAMI :

Numéro T.V.A.du propriétaire de l'officine :

déclare adhérer à l'Office de Tarification

Dénomination : **OT de l'UPHOC**
agréé INAMI N° 927 007 22000

Adresse : 59, Av. des Nouvelles Technologies 7080 Frameries

À partir du :

m'engage :

1/ à confier à cet Office de Tarification les opérations de tarification et de facturation de toutes les prestations pharmaceutiques que j'aurai fournies suivant le système de paiement direct par les Organismes Assureurs, pour le compte de l'Assurance Soins de santé obligatoire, conformément aux prescriptions résultant de mon adhésion à la Convention Nationale conclue par la Commission permanente Organismes Assureurs/Corps Pharmaceutique.

2/ à ne pas confier la tarification et la facturation de ces prestations pharmaceutiques à un autre Office de Tarification avant la fin d'une année civile et de subordonner le retrait de mon adhésion à un préavis de quatre mois, notifié par lettre recommandée à la poste avant le Ier septembre.

Il est cependant entendu que la présente adhésion prendra fin sans préavis, sur notification par lettre recommandée à la poste, si je cesse d'être titulaire de la pharmacie**,** dont question ci-devant.

Je désigne l'Office de Tarification précité comme mon représentant et mon mandataire, conformément à l'article 8 de la Convention Nationale dont question ci-dessus.

Les sommes dues doivent être versées au compte n° :

de

Date :

Signature :