**COMMISSION COMMUNAUTAURE COMMUNE Rue Belliard 71/1 - 1040 Bruxelles impulseobruxelles@ccc.brussels**

**Tel 02/502 60 01** <http://www.ccc-ggc.brussels>

*Formulaire à compléter par le médecin généraliste qui souhaite bénéficier de la prime Impulseo. Ce formulaire ainsi que les pièces justificatives doivent être envoyés par courrier et/ou par courriels aux adresses susmentionnées.*

**DEMANDE DE PRIME D'INSTALLATION IMPULSEO (15.000 EUR) - REGION BRUXELLES – CAPITALE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS PERSONNELS** | | |
| 1. **Compléter les champs ci-dessous** |
| Nom………………………………………………………………………………………….Prénom………………………………………………………………………. | |
| Adresse (rue + numéro)…………………………….…………………………………………………………………………………………………………………. | |
| Code postal + commune……………………………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| Numéro tél…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| Numéro GSM………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| Adresse Email………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| Date de naissance : Jour……… Mois ………… année …………………………………………….……………………………………………. | |
| Lieu de naissance………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| Sexe : ◊ M ◊ F | |
| Nationalité…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| Numéro de registre national………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| Carte d’identité valable jusqu’au : Jour……… Mois ………… année ………………………………………………………………………. | |
| Date agréation INAMI…… Jour……… Mois ………… année …………………………………………………………………………………………. | |
| Numéro INAMI………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| Date inscription au service de garde Jour……… Mois ………… année ……………………………………………………………………..  Date d’inscription à un cercle de médecine générale : Jour……… Mois ………… année ………………………………………… | |
| Date de retour d'un pays en voie de développement (si d'application) Jour……… Mois ………… année ………………… | |
|  | |
| **LIEU D’INSTALLATION** | | |
| 1. **2- Indiquez ci-dessous le lieu dans lequel vous allez exercer/exercez votre activité de médecin généraliste?**   ◊ à votre domicile (le cas échéant, siège social de la société civile)  ◊ dans un bâtiment loué. **Indiquez ci-contre le loyer par mois**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_euros  ◊ Autre lieu (à préciser)……………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |
| 1. **Adresse d’installation actuelle** | |
| Adresse (rue + numéro)……………………….…………………………………………………………………………………………………………………. | |
| Code postal + commune………………………………………………………………………………………………………………………….……………. | |
| Date d’installation Jour……… Mois ………… année ……………………………………………………………………………….………… | |

1. **Nouvelle adresse d’installation (si changement prévu)**

|  |
| --- |
| Adresse (rue + numéro)……………………….…………………………………………………………………………………………………………………. |
| Code postal + commune………………………………………………………………………………………………………………………….………………….. |
| Déménagement prévu le/effectué le Jour……… Mois ………… année …………………………….………………………….………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES** | | |
| 1. **Le médecin généraliste est-il connecté au Réseau Santé Bruxellois ?**   ◊ Oui  ◊ Non   1. **Le médecin généraliste a – t-il déjà publié au moins 1 sumehr dans le coffre-fort du Réseau Santé Bruxellois ?**   ◊ Oui  ◊ Non |
| ***Dans le cas où une des réponses ci-dessus est négative, veuillez prendre contact avec l’asbl Abrumet via*** [***info@abrumet.be***](mailto:info@abrumet.be)     1. **Nombre d’heures prestées/semaine au sein du lieu d’installation pour lequel la prime est demandée…………………………………………………………………………………………………………………….** 2. **Le médecin généraliste demande un accompagnement via une structure d’appui ayant signé une convention avec la Cocom** |

◊ Oui

◊ Non

**Nom de la structure d’appui :**…………………………………………………………………………………………………………..

1. **En cas d’installation dans une maison médicale, la prime devra – t-elle être versée sur le compte de la maison médicale ?**

◊ Oui1

◊ Non

1Dans l’affirmative, merci de bien vouloir compléter et signer ***la convention entre la maison médicale et le médecin généraliste concernant le versement de la prime destinée au médecin généraliste sur le compte de la maison médicale qui emploie ce dernier*** (annexe 1).

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMERO DE COMPTE DU BENEFICIARE** | |
| IBAN ……………………….…………………………………………………………………………………………………………………. | |
| BIC………………………………………………………………………………………………………………………….………………….. | |

Compte bancaire au nom de ………………………………………………………………………………………………………..

**NB : La fiche de renseignement reprise à l’annexe 2 doit obligatoirement être remplie par le titulaire du compte bancaire ci-dessus.**

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE** | |
| 1. **Veuillez joindre les documents ci-dessous à la demande et cocher à chaque fois les documents joints.** | |
| ◊ La preuve de l’inscription à un service de garde de médecine générale à Bruxelles  ◊ La preuve de l’inscription à un cercle de médecine générale. | | |
| ◊ La preuve de l’agrément comme médecin généraliste (document mentionnant le numéro d’identification à l’INAMI) | | |
| ◊ Attestation de nouvelle installation (modèle à compléter en annexe) | | |
| ◊ Copie **lisible** recto-verso de la carte d’identité | | |
| ◊ Copie du contrat de collaboration entre les médecins (ou avec une maison médicale) – si d’application | | |
| ◊ Preuve d’installation sur le territoire de la Région de Bruxelles - Capitale | | |
| ◊ Preuve du temps de travail presté par semaine au sein du lieu d’installation pour lequel la prime est demandée | | |
| ◊ Pièces justificatives liées à l’installation : factures etc… | | |
| ◊ Déclaration sur l’honneur attestant que la prime sera destinée à l’usage professionnel  ◊ Fiche de renseignement (annexe 2) | | |

|  |
| --- |
| **DECLARATION** |

1. **Veuillez dater et signer (ci-dessous) la demande de prime**

Le soussigné certifie que la prime du Fonds d’Impulsion sera utilisée pour le financement de sa nouvelle installation en tant que médecin généraliste en Région de Bruxelles – Capitale.

Le soussigné confirme que les déclarations et tous les documents soumis pour l'examen de la demande sont sincères

et exacts. Il s'engage à avertir immédiatement la Commission communautaire commune de tout changement qui interviendrait dans les éléments figurant dans la demande.

Toute fausse déclaration entraîne de plein droit, dans le chef de la Commission communautaire commune, la faculté 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 résultant de l'octroi de la prime.

Fait à ……………………………………………………………………………………………………………..

Date………………………………………………………………………………………………………………...

Signature………………………………………………………………………………………………………….

Nom et prénom du demandeur

Les données recueillies dans le présent formulaire seront traitées dans le cadre de l’examen de votre demande Impulseo réalisé conformément à l’Arrêté royal du 23 mars 2012 portant création d’un Fonds « Impulseo » pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement.

J’ai pris connaissance du traitement de mes données à caractère personnel par la Commission Communautaire Commune (Cocom). Ce traitement s’effectue dans le cadre de l’exercice de ses missions, notamment dans le but de la demande Impulseo (AR du 23/03/2012). Des informations complémentaires peuvent être retrouvées dans la Politique de confidentialité disponible sur le site web de la Cocom.