**COMMISSION COMMUNAUTAURE COMMUNE Rue Belliard 71/1 - 1040 Bruxelles impulseobruxelles@ccc.brussels**  **Tel 02/502 60 01** [**www.ccc-ggc.brussels**](http://www.ccc-ggc.brussels)

*Ce formulaire doit être envoyé à la Cocom au plus tard le 30 juin pour les frais de recours à des services engendrés l’année précédant l’année de la demande, soit par mail avec accusé de réception soit par courrier à la poste (dans ce dernier cas, le cachet de la poste doit dater du le 30 juin au plus tard)*

**DEMANDE D’INTERVENTION DANS LES FRAIS DE SERVICES POUR LE MEDECIN INDIVIDUEL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DONNEES DU DEMANDEUR** | | |
| 1. **Si la demande est introduite par le médecin en tant que personne physique, complétez les champs ci-dessous :**  * **Renseignements personnels :** |
| 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 d’inscription à un cercle de médecine générale : jour……… mois ………… année ………………………………………… | |
| * **Lieu d’installation :**   Adresse (rue + numéro)…………………...............................................................................................   * **Numéro de compte du bénéficiaire de l’intervention :**   A ne compléter que si le médecin en tant que personne physique, est le bénéficiaire de l’intervention.  Nom du titulaire du compte………………………………………………………………………………………………………………………………...  Numéro de compte IBAN ………………………………………………………………….BIC…………………………………………………………...   1. **Si la demande est introduite par le médecin en tant que personne morale (société), complétez les champs ci-dessous :**  * **Identité de la société :**   -Nom de la société :………………………………………………………………………………………………………………………..  -Forme juridique : ………………………………………………………………………………………………………………………….  -Date de création : ………………………………………………………………………………………………………………………….  -Numéro d’entreprise (BCE) : ………………………………………………………………………………………………………..   * **Siège Social :**   Rue/place/avenue (à préciser)………………………………………………………………………………………………………N° + boîte…………………..  Code postal ……………………Commune…………………………………………………………………………………………..  Tél…………………………………………….Fax……………………………..   * **Lieu d’installation :**   Rue/place/avenue (à préciser)………………………………………………………………………………………………………N° + boîte…………………..  Code postal ……………………Commune…………………………………………………………………………………………..  Tél…………………………………………….Fax……………………………..   * **Représentation de la société :**   Administrateur délégué ou gérant : …………………………………………………………………………………………………   * **Médecin faisant partie de la société :**   Vérifier la concordance des informations ci-dessous avec celles reprises sur la carte d’identité :  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……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  Numéro d’entreprise (BCE)…………………………………………………………………………………………………………………………………………  Date d’inscription à un cercle de médecine générale : jour……… mois ………… année ………………………………………..   * **Numéro de compte du bénéficiaire de l’intervention :**   A ne compléter que si le médecin en tant que personne morale, est le bénéficiaire de l’intervention.  Nom du titulaire du compte………………………………………………………………………………………………………………………………........  Numéro de compte IBAN ………………………………………………………………….BIC…………………………………………………………......... | |
| **DONNEES DU SERVICE DE TELESECRETARIAT** | | |
| - Nom du service de télé - secrétariat:……………………………………………………………………………………………………………………………  - Adresse:………………………………………………………………………………………………………………………………………….N°+ Boîte:……………..  - Code postal: …………………………………………………………….Commune:………………………………………………….  - Total des frais de services :…………………………………….  NB. S’il s’agit d’une toute première demande d’intervention, la personne titulaire du compte bancaire repris ci-dessus **doit obligatoirement remplir l’annexe 1.** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 sur 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) |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE** | |
| 1. **Veuillez joindre les documents ci-dessous à la demande et cocher à chaque fois les documents joints. Les documents joints lors de demandes précédentes ne doivent plus être envoyés** | |
| ◊ La preuve de l’agrément comme médecin généraliste (document mentionnant le numéro d’identification à l’INAMI)  ◊ La preuve de l’inscription à un cercle de médecine générale. | | |
| ◊ Copie lisible recto –verso de la carte d’identité | | |
| ◊ Copie des statuts de la société **lorsque la demande est introduite par le médecin en tant que personne morale** | | |
| ◊ Copie du contrat avec le service de télé-secrétariat daté et signé | | |
| ◊ Copie des factures de télé-secrétariat pour l’année précédant l’année de la demande | | |
| ◊ Preuve du contenu des services de télé-secrétariat (online agenda et télé-secrétariat médical) si ce contenu n’est pas reris dans le contrat conclu avec le service de télé-secrétariat | | |

|  |
| --- |
| **DECLARATION SUR L’HONNEUR** |

1. **Veuillez dater et signer (ci-dessous) la demande d’intervention :**

J’affirme sur l’honneur que toutes les données indiquées dans ce formulaire de demande sont sincères et complètes.

Je m’engage à communiquer immédiatement à la structure d’appui à laquelle je fais appel ou à la COCOM via impulseo@ccc.brussels, tout changement qui interviendrait dans les éléments figurant dans le présent formulaire.

Je suis conscient du fait qu'une déclaration fausse ou incomplète peut entraîner des sanctions pénales, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations de toute nature qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'Etat.

Toute fausse déclaration entraîne le droit pour la COCOM d’arrêter l’examen du dossier et de réclamer les frais exposés.

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

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

Nom et prénom du demandeur……………………………………………………………………………………………………………………………….

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »……………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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.

Documents à remplir en cas d’une toute première demande d’intervention IMPULSEO

**Annexe 1 - FICHE de RENSEIGNEMENTS IMPULSEO Médecins individuels et/ou en Société**

-Nom………………………………………………………………………………………………………………….

-Prénom…………………………………………………………………………………………………………….

En societé oui/non

Si oui-N° BCE de la Société………………………………………………………………………………….

Si NON N° BCE personnel……………………………………………………………………………………

Adresse complète……………………………………………………………………………………………..

N° Compte bancaire sur lequel l’intervention doit être versée.

IBAN……………………………………………………………………………………………………………

BIC………………………………………………………………………………………………………………

Titulaire du compte……………………………………………………………………………………….

Le soussigné certifie que les données ci-dessus sont exactes.

**Date**