

Attest van eerste installatie

AGENTSCHAP
ZORG & GEZONDHEID

Afdeling Woonzorg en Eerste Lijn

<http://www.zorg-en-gezondheid.be/financiële-ondersteuning-voor-huisartsen>

Ondersteuning huisartsen

p/a PMV/z-leningen

Oude Graanmarkt 63, 1000 BRUSSEL

T 02 229 52 30 – info@impulseo.vlaanderen

Waarvoor dient dit formulier?

Dit formulier dient ter ondersteuning van uw aanvraag voor het verkrijgen van een premie in het kader van de ondersteuning van huisartsen.

Als erkende huisarts kunt u een beroep doen op **een premie** van 20 000 euro. Die premie is bedoeld ter ondersteuning van de huisarts voor een eerste of nieuwe installatie. **Een nieuwe installatie** is een verhuizing van een niet-prioritaire naar een prioritaire zone. Een premie kan ook aangevraagd worden bij een verhuis van een prioritaire zone naar een andere prioritaire zone als de premie voordien nog niet was aangevraagd. Zowel loontrekkende als zelfstandige huisartsen komen voor de premie in aanmerking.

Wie vult dit formulier in?

Dit formulier wordt ingevuld door de huisarts die meer dan 4 jaar erkend is. De aanvraag kan enkel gebeuren ten titel van een natuurlijk persoon.

Aan wie bezorgt u dit formulier?

Bezorg de ondertekende aanvraag, samen met de bijbehorende bewijsstukken, bij voorkeur ingescand per e-mail aan info@impulseo.vlaanderen of aan het betrokken steunpunt als het steunpunt de aanvraag voor u indient.

U kunt het attest ook met de post opsturen naar Ondersteuning huisartsen, op het adres dat bovenaan op dit formulier staat of naar het betrokken steunpunt als het steunpunt de aanvraag voor u indient.

Gegevens van de huisarts die de premie aanvraagt

1 Vul uw gegevens in.

voornaam achternaam

straat en nummer

postnummer en gemeente

telefoonnummer

e-mailadres (verplicht in te vullen – dit emailadres wordt gebruikt voor brieven en communicatie)

RIZIV-nummer / / /

Beroepsactiviteiten

2 Vermeld alle beroepsactiviteiten in de medische sector die u uitgeoefend hebt sinds het verkrijgen van uw erkenning.

eerste beroepsactiviteit

begindatum dag maand jaar

einddatum dag maand jaar

type van activiteit

adres

loonverband voltijds zelfstandige deeltijds zelfstandige
 voltijds loontrekkende deeltijds loontrekkende

tweede beroepsactiviteit

begindatum dag maand jaar

einddatum dag maand jaar

type van activiteit

adres

loonverband voltijds zelfstandige deeltijds zelfstandige
 voltijds loontrekkende deeltijds loontrekkende

derde beroepsactiviteit

begindatum dag maand jaar

einddatum dag maand jaar

type van activiteit

adres

loonverband voltijds zelfstandige deeltijds zelfstandige
 voltijds loontrekkende deeltijds loontrekkende

vierde beroepsactiviteit

begindatum dag maand jaar

einddatum dag maand jaar

type van activiteit

adres

loonverband voltijds zelfstandige deeltijds zelfstandige
 voltijds loontrekkende deeltijds loontrekkende

3 Vermeld alle beroepsactiviteiten buiten de medische sector die u uitgeoefend hebt sinds het verkrijgen van uw erkenning.

eerste beroepsactiviteit			
begindatum	dag	maand	jaar
einddatum	dag	maand	jaar
activiteit		
kwalificatie		
tweede beroepsactiviteit			
begindatum	dag	maand	jaar
einddatum	dag	maand	jaar
activiteit		
kwalificatie		
derde beroepsactiviteit			
begindatum	dag	maand	jaar
einddatum	dag	maand	jaar
activiteit		
kwalificatie		

Ondertekening

4 Vul de onderstaande verklaringen in.

Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld.

Ik bevestig dat ik de premie in het kader van de ondersteuning van de huisartsen zal aanwenden voor de financiering van mijn eerste of nieuwe installatie als huisarts op dag maand jaar

Ik verbind me ertoe eventuele wijzigingen van de vermelde gegevens onmiddellijk aan info@impulseo.vlaanderen door te geven.

plaats

	datum	dag		maand		jaar	
	Gelezen en goedgekeurd (handgeschreven)					
	handtekening					