



# OFFICE DE TARIFICATION DU BRABANT WALLON

## Acte d'adhésion à l'office de tarification

Je soussigné, **pharmacien titulaire**

Nom et prénom : . . . . .

Numéro d'inscription en tant que pharmacien-titulaire à l'Institut National d'Assurance Maladie :

Invalidité : **2** / . . . . . / . . / **001**

Nom et adresse de la pharmacie : . . . . .  
 . . . . .

Numéro APB de l'officine: . . . . .

Numéro de TVA : **BE** - . . . . . - . . . . .

Déclare adhérer à **l'Office de Tarification du Brabant Wallon**

**Av. Robert Schuman, 211**  
**1401 NIVELLES**

À partir de la tarification des ordonnances délivrées le (jour/mois/année) : . . . . .

Au tarif convenu de . . . . . payé le . . . . . de chaque mois. Ce tarif est applicable pour la tarification du fichier informatisé généré par le logiciel pharmaceutique selon le protocole Pharmanet. Il est reconductible tacitement chaque année sauf mention contraire.

Et de 1.5% payé pour les prestations traitées de façon manuelle (Accidents de travail, Bandagisterie (*la feuille de renseignements comprend les données en tant que bandagiste*) et CPAS (*le cas échéant*))

*Les conventions spécifiques sont reprises au verso de ce même document.*

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 1<sup>er</sup> 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 cette pharmacie en question.

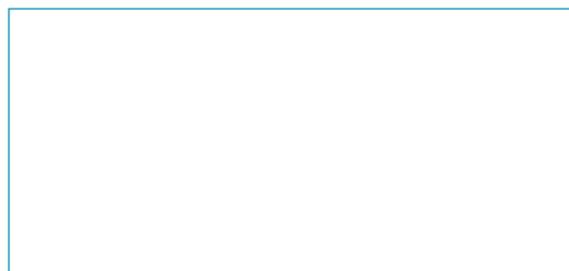
Je désigne l'Office de Tarification du Brabant Wallon comme mon représentant et mon mandataire, conformément à l'article 8 de la Convention Nationale dont question ci-dessus.

Les sommes dues doivent être versées au compte n° . . . . .

De Mr/Mme/Société: . . . . .

Date: . . . . .

**CACHET :**



Signature : . . . . .