

DEMANDE D'ADHESION

Le Docteur / Dentiste

Adresse

Code postal

Localité

Numéro de téléphone/.....

Adresse e-mail

Numéro d'agréation INAMI

Demande par la présente son affiliation   l'Office de tarification tiers-payant SECURIMED.

Les honoraires seront versés par les Organismes Assureurs directement sur le compte bancaire n  ayant pour titulaire

Fait  

.....
Date

.....
Cachet

.....
Signature