



FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRIME IMPULSEO II

I. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. IDENTITE (joindre une copie lisible de la carte d'identité)

Nom : Prénom:
Adresse: N° + Boîte:
Code postal: Commune:
Tél : Fax:
Gsm:
Courriel :
Numéro d'entreprise (BCE):
Date d'inscription au service de garde:
Date de retour d'un pays en voie de développement (si d'application):

II. PRIME

Une prime unique d'un montant de 20.000 EUR ou de 25.000 EUR est octroyée en fonction de la date et du lieu d'installation, et selon les critères fixés dans l'Arrêté du Gouvernement Wallon du 20/07/2017 (voir <http://sante.wallonie.be>).

L'AVIQ vérifiera à quelle prime vous avez droit.

III. IDENTITE DU BENEFICIAIRE DE PAIEMENT * (joindre un relevé d'identité bancaire qui correspond à un compte privé et non à une société)

Numéro de compte du bénéficiaire : IBAN _____ BIC _____

Nom du bénéficiaire (personne physique) : _____

VI. SITUATION

1. Où allez-vous exercer votre activité de médecin généraliste?

- à votre domicile (le cas échéant, siège social de la société)
- dans un bâtiment loué
- autre (préciser)

2. Adresse d'installation actuelle (à remplir si cette adresse diffère du domicile ou le cas échéant du siège social de la société)

Adresse:
N°: Boîte:
Code postal: Commune:
Zone de médecine générale:

3. Nouvelle adresse d'installation (à remplir si cette adresse diffère du domicile ou le cas échéant du siège social de la société)

Adresse:

N°:

Boîte:

Code postal:

Commune:

Zone de médecine générale:

V. DECLARATION

Le soussigné confirme que les déclarations et tous les documents soumis pour l'examen de la demande sont sincères et exacts et s'engage à avertir immédiatement l'AVIQ de tout changement qui interviendrait dans les éléments figurant dans la demande. Toute fausse déclaration entraîne le droit pour l'AVIQ 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 découlant de l'octroi de la prime.

Le soussigné s'engage, en vertu de l'article 4 § 1er de l'AR du 23/02/2012, à n'introduire qu'une seule demande de prime.

Le soussigné choisit de suivre un accompagnement effectué par une des structures d'appui avec lesquelles l'AVIQ a conclu une convention de collaboration.

Oui
 Non

Nom et adresse de la structure d'appui choisie:

Fait à ____ Le ____

Nom/prénom du médecin : ____

Signature : ____

Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la loi du 30 juillet 2018, l'AVIQ vous informe que :

- Les données communiquées dans ce formulaire sont traitées par l'AVIQ pour **gérer, instruire et suivre votre dossier**, notamment dans le cadre du **contrôle et de l'octroi des primes et subventions IMPULSEO**.
- Elles peuvent également être utilisées, à des **fins de recherche et de statistiques**, en collaboration avec des **partenaires académiques ou scientifiques** (tels que des universités ou des chercheurs), dans le cadre des missions d'intérêt public de l'AVIQ.
- Vos données sont accessibles uniquement aux **services internes compétents** et, le cas échéant, aux **partenaires de recherche**, dans le respect strict de la confidentialité.
- Vous disposez d'un **droit d'accès** et de **rectification**.

Les droits à l'effacement, à la limitation ou à l'opposition ne peuvent être exercés que dans les conditions prévues par le RGPD et dans les limites applicables aux autorités publiques.

- Pour tout exercice de vos droits, contactez : DPO@aviq.be

Documents à joindre obligatoirement à la demande :

- Copie de la carte d'identité
- Attestation de première installation
- Déclaration de participation au service de garde
- Preuve d'installation (contrat de bail, convention de collaboration, ...)
- Relevé d'identité bancaire