

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PRIME IMPULSEO I

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):

2. SITUATION FAMILIALE (joindre une attestation de composition de ménage)

- marié sous le régime de la communauté des biens
 marié sous le régime de la séparation des biens
 cohabitant
 célibataire

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 : ____ ____

Comme le veut le Règlement général sur la protection des données (RGPD) et la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, nous vous signalons que :

- les données que vous fournissez en complétant le formulaire sont destinées à assurer le suivi de votre dossier au sein de l'AVIQ pour ce qui concerne le contrôle des subventions qui vous sont octroyées en lien avec vos frais de personnel. Elles sont transmises uniquement au Service de l'AVIQ responsable de ce traitement (ou : à la Direction Soins ambulatoires et Première ligne) ;
- vous pouvez avoir accès aux données à caractère personnel vous concernant qui sont éventuellement détenues par l'AVIQ en introduisant une demande par mail à l'adresse DPO@aviq.be ;
- vous pouvez exercer le droit à la rectification de vos données en vous adressant par mail à l'adresse DPO@aviq.be;
- les droits à l'effacement des données, à la limitation du traitement et à l'opposition au traitement ne peuvent s'exercer que dans certains cas spécifiques et limités vis-à-vis des autorités publiques. La Cellule protection des données de l'AVIQ (DPO@aviq.be) vous précisera si l'exercice de tels droits est possible pour le traitement concerné.

Documents à joindre obligatoirement à la demande :

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