

Au Président de la Commission nationale  
médico-mutualiste  
Institut national d'assurance maladie-invalidité  
Service des soins de santé  
avenue de Tervueren 211  
1150 Bruxelles

**REFUS D'ADHÉSION À L'ACCORD MÉDICO-MUTUALISTE CONCLU LE 22.12.2015**

Numéro d'identification INAMI : .....

Je soussigné,

Nom et prénom(s) .....

Adresse complète : .....

Qualité : Médecin de médecine générale / Médecin spécialiste en .....

*(Biffer la mention inutile)*

déclare refuser d'adhérer aux termes de l'accord susmentionné pour la période débutant au  
01.01.2017.

Date :

Signature :