

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

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 national médico-mutualiste conclu le 22 décembre 2015.

Date :

Signature :