

A renvoyer avant le 6 février 2009 par lettre recommandée à la poste, à la Commission nationale dento-mutualiste, dont le siège est établi au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, avenue de Tervuren 211, à 1150 Bruxelles.

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Adresse complète :

.....

.....

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare limiter mon activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord national dento-mutualiste, conclu le 3 décembre 2008, dans les conditions de temps et de lieu suivantes :

- a) Activité professionnelle représentant au moins 32 heures par semaine aux conditions de l'Accord :

Lieu	Jours	Heures
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

- b) Activité professionnelle représentant moins de 32 heures aux conditions de l'Accord et comportant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle complète, avec un minimum de 8 heures aux conditions de l'Accord :

Lieu	Jours	Heures
.....		
.....		
.....		
.....		

L'activité exercée en dehors des conditions de l'accord national dento-mutualiste est la suivante :

Lieu	Jours	Heures
.....		
.....		
.....		
.....		

Date :

Signature :

Refus d'adhésion

Je soussigné,

Nom et prénoms :

Adresse complète :

.....

.....

Numéro d'identification I.N.A.M.I. :

déclare refuser d'adhérer aux termes de l'accord national dento-mutualiste, conclu le 3 décembre 2008..

Date :

Signature :