**Déclaration de créance et déclaration sur l’honneur**

**Vaccination contre la COVID-19 des résidents des structures d’accueil et d’hébergement pour personnes âgées par l’AVIQ**

**Ce document est à transmettre à l’adresse** [**appliweb@aviq.be**](mailto:appliweb@aviq.be)**, lorsque la campagne de vaccination aura été clôturée au sein de l’établissement et pour le 15 novembre 2021 au plus tard.**

* Année : 2021
* Mesure : Financement de la 3ème dose de vaccination contre la COVID-19 des résidents des structures d’accueil et d’hébergement pour personnes âgées
* Secteur : MR/MRS/CSJ/RS
* Numéro INAMI: 7……………….
* Dénomination de l’organisme:
* N° d'entreprise :
* Adresse :

Je/Nous soussigné(e)(s) …………………………….……………………. , agissant en qualité de …………………………………………………………. , dûment mandaté(e)(s) par l’organisme mentionné ci-dessus, déclare(ons) :

Avoir payé la somme de ……………………….……… euros à des **prestataires « vaccinateurs » externes** *(personnel qui n’est pas déjà financé par les pouvoirs publics[[1]](#footnote-1))* dans le cadre de la vaccination contre la COVID-19 des résidents et/ou du personnel

* Montant total de ………………………………………. euros

**VEUILLEZ JOINDRE EN ANNEXE LA COPIE DES FACTURES ET/OU NOTES D’HONORAIRES**

Les factures/notes d’honoraires doivent préciser les dates d’intervention, le nombre d’heures prestées pour chaque date et les taux horaires facturés.

|  |
| --- |
| Certifié sincère et véritable.  Fait à …………………………………………….., le ……………../ …………………/ 2021  Signature(s) |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cadre réservé à l’AVIQ | | |
| Cachet entrée | Direction Transversale des Finances | |
| L’agent traitant, | Approuvé à la somme de  Evelyne DE LOECKER  Directrice |

1. Pour les médecins référents/coordinateurs, les prestations de vaccination peuvent être renseignées ici car ces missions sortent du cadre de la coordination médicale financée par les pouvoirs publics [↑](#footnote-ref-1)