|  |  |
| --- | --- |
| **0 0 X** | < Kleef hier de barcode /  Coller ici le code barre> |
| **CCCGGC-SCC-001** | |

**FORMULAIRE DE DEMANDE D’AGREMENT/PROROGATION D’AGREMENT**

***Veuillez ne pas compléter ce formulaire si votre demande est introduite via le portail électronique Irisbox***

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Nom de l’institution** |  |
| **Adresse :** |  |
| **Numéro d’agrément :** |  |
| **Site (s) concerné (s) par la demande** |  |
| **Personne de contact :** |  |
| **Email :** |  |
| **Tél :** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de demande** | ☐ Agrément provisoire  Prorogation de l'agrément provisoire  Agrément  Prorogation d’agrément |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type et nombre de lits**  *S’il s’agit d’une reconversion, veuillez préciser les règles de reconversion* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de programmes de soins** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de fonctions** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Services medico-techniques/appareillage médical lourd d'imagerie médicale** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Réseaux / groupement / fusion / association/autres** |  |

1. Veuillez justifier votre demande.
2. Veuillez également préciser dans quelle mesure votre demande s’intègre dans le Réseau hospitalier clinique locorégional dont votre institution fait partie - si d'application
3. Veuillez compléter le/les questionnaire(s) relatif(s) à l'objet de votre demande