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

**Date…………………………...**

|  |
| --- |
| **QUESTIONNAIRE FERMETURE SERVICE OU ACTIVITE HOSPITALIERE** **Partie A : *Veuillez ne pas compléter cette partie A 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 :** |  |
| **Date de fermeture** |  |

**Partie B: service ou activité concerné**

|  |  |
| --- | --- |
| **Type et nombre de lits** |  |

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Autres** |  |

Veuillez justifier votre demande.

Date et Nom du gestionnaire + signature