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

**AANVRAAGFORMULIER TOT AFWIJKING VAN DE PSYCHIATRISCHE VERZORGINGSTEHUISNORMEN - PVT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Deel A - Identificatiegegevens** | |
| **Naam van de instelling** |  |
| **Adres:** |  |
| **Erkenningsnummer:** |  |
| **Site(s) waarop de aanvraag betrekking heeft** |  |
| **Contactpersoon:** |  |
| **E-mail- :** |  |
| **Tel:** |  |

**Deel B : Aanvraaggegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aanvraagtype:**  **Gelieve aan te geven voor welke norm(en) de afwijking wordt aangevraagd** |  |
| **Gewenste periode:**  **Geef de gewenste startdatum aan**  **Geef de gewenste duur van de gevraagde afwijking aan** |  |

**Deel C: Verantwoording van de aanvraag**

|  |  |
| --- | --- |
| **Verantwoording 1:**  **Beschrijf de reden waarom niet aan deze norm (en) kan worden voldaan** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Verantwoording 2:**  **Geef aan welke acties zullen worden ondernomen om niet-naleving van deze norm (en) te verhelpen en voeg verantwoordingsdocumenten bij** |  |

Datum en handtekening van de beheerder ………………………………………