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

## VRAGENLIJST: AANVRAG TOT ERKENNING/ VERLENGING VAN ERKENNING

 ***U hoeft deze vragenlijst niet in te vullen als u uw aanvraag digitaal via Irisbox indient***

|  |
| --- |
| ***.***  |
|  |  |
| **Naam van de instelling** |  |
| **Adres** |  |
| **Erkenningsnummer van de instelling** |  |
| **Site/adres(sen) waarop de aanvraag betrekking heeft** |  |
| **Contactpersoon** |  |
| **E-mail** |  |
| **Tel.** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Soort aanvraag** | ☐ Voorlopige erkenning☐ Verlenging van de voorlopige erkenning[ ]  Erkenning[ ]  Verlenging van de erkenning  |
| **Soort en aantal bedden***In het geval van een reconversie gelieve de reconversieregels te vermelden* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Welke zorgprogramma’s** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Welke functies** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Medische diensten en medisch-technische diensten/** **zware medische apparatuur voor medische beeldvorming** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Netwerken / groeperingen / fusies / associaties /andere** |  |

1. Gelieve uw aanvraag te motiveren
2. Gelieve ook aan te geven in welke mate uw aanvraag past in het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waartoe uw instelling behoort - indien van toepassing.
3. **Gelieve de vragenlijsten met betrekking tot uw aanvraag in te vullen**

Naam van de directeur + handtekening

Datum…………………………