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

**VRAGENLIJST VOOR SPECIFIEKE VERGUNNING TOT INGEBRUIKNEMING EN EXPLOITATIE**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Deel A: U hoeft deel A niet in te vullen als u uw aanvraag DIGITAAL via Irisbox indient.*** | |
|  |  |
| **Naam van de instelling** |  |
| **Adres** |  |
| **Erkenningsnummer** |  |
| **Site/adres(sen) waarop de aanvraag betrekking heeft** |  |
| **Contactpersoon** |  |
| **E-mail** |  |
| **Tel.** |  |
| **Gewenste vergunningsdatum\*** |  |

\* Bepaal de gewenste vergunningsdatum indien deze later is dan de datum van de aanvraag.

**Deel B**

|  |  |
| --- | --- |
| **Soort en aantal bedden**  *In het geval van een reconversie gelieve de reconversieregels te vermelden* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Soort zorgprogramma’s** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Soort functies** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Medisch-technische diensten/ zware medische apparatuur voor medische beeldvorming\*\*** |  |

\*\* Indien de aanvraag betrekking heeft op CT- of SPECT-CT-toestellen, gelieve het aantal toestellen te vermelden en te bepalen of het gaat over:

* Reeds bestaande toestellen
* Nieuwe toestellen → **Ingeval van een BIJKOMEND toestel, gelieve een plan toe te voegen met aanduiding van de locatie van het nieuwe toestel. Indien infrastructuurwerken nodig zijn voor de installatie van het nieuwe toestel, gelieve ook een beschrijving van deze werken toe te voegen.**

* Vervanging van bestaande toestellen
* Verhuis van reeds bestaande toestellen → **Gelieve een plan toe te voegen met aanduiding van de locatie van het toestel. Indien infrastructuurwerken nodig zijn voor de installatie van het toestel, gelieve ook een beschrijving van deze werken toe te voegen.**
* Upgrades van reeds bestaande toestellen (indien de informatie over het toestel wijzigt ten opzichte van wat gemeld werd aan het kadaster).

*Voor elk van de (bovenstaande punten die u hebt aangekruist, dient u ons ook het type van toestel te verstrekken, alsmede de* *identificatiegegevens van de verschillende toestellen (fabrikant, model, distributeur, Station Name, Manufacturer's model name et Device serial number).*

*In het geval van een upgrade van een bestaand toestel, gelieve te specificeren of een vervangend toestel tijdelijk zal gebruikt worden tijdens de upgrade-periode. Als dit het geval is, geef ons dan informatie over het vervangende apparaat (type van toestel en identificatiegegevens).*

*In het geval van een verhuis van bestaande toestellen vermeld dan niet alleen de site waarnaar de verhuizing moet plaatsvinden, maar ook het adres van de site waar de toestellen werden uitgebaat, alsmede de datum van de verhuizing, de einddatum van de exploitatie en de datum met ingang waarvan de verplaatste toestellen op de nieuwe locatie zullen worden uitgebaat.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Andere** |  |

**Deel C**

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.

Naam van de beheerder + handtekening

**Datum………………………….**