

**Kandidatuur van het ziekenhuis voor toetreding tot de akkoordverklaring :
Tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige
verzorging in de kosten van een disposable probe voor de peroperatieve
behandeling van voorkamerfibrillatie**

In te dienen bij het

RIZIV – Secretariaat Technische Raad voor Implantaten - lokaal T 574
Tervurenlaan 211
1150 Brussel

Benaming ziekenhuis:

.....

Algemeen erkenningsnummer ziekenhuis:

Administratief adres (adres waarop de briefwisseling dient gestuurd te worden):

Straat :

Postnummer :

Gemeente :

De algemeen directeur van het ziekenhuis:

Naam :

E-mail adres :

Tel. : Fax :

**Erkenning zorgprogramma “cardiale pathologie” E en het deelprogramma B3 van het
zorgprogramma “cardiale pathologie” B**

- Datum erkenning E :

- Datum erkenning B3 :

Samenstelling van het team:

CARDIOCHIRURGEN

→ Cardiochirurg :

Naam :

E-mail adres :

Tel. : Fax :

RIZIV-nummer :

INSZ-nummer (Rijksregisternummer : xxxxxx-xxx-xx) :

Voltijds (uitgedrukt in 10den) :

Rest van de tijd :

→ Cardiochirurg :

Naam :

E-mail adres :

Tel. : Fax :

RIZIV-nummer :

INSZ-nummer (Rijksregisternummer : xxxxxx-xxx-xx) :

Voltijds (uitgedrukt in 10den) :

Rest van de tijd :

→ Cardiochirurg :

Naam :

E-mail adres :

Tel. : Fax :

RIZIV-nummer :

INSZ-nummer (Rijksregisternummer : xxxxxx-xxx-xx) :

Voltijds (uitgedrukt in 10den) :

Rest van de tijd :

Cardiochirurg :

Naam :

E-mail adres :

Tel. : Fax :

RIZIV-nummer :

INSZ-nummer (Rijksregisternummer : xxxxxx-xxx-xx) :

Voltijds (uitgedrukt in 10den) :

Rest van de tijd :

CARDIOLOOG- ELEKTROFYSIOLOGEN

→ Cardioloog-elektrofysioloog :

Naam :

E-mail adres :

Tel. : Fax :

RIZIV-nummer :

INSZ-nummer (Rijksregisternummer : xxxxxx-xxx-xx) :

Voltijds (uitgedrukt in 10den) :

Rest van de tijd :

→ Cardioloog-elektrofysioloog :

Naam :

E-mail adres :

Tel. : Fax :

RIZIV-nummer :

INSZ-nummer (Rijksregisternummer : xxxxxx-xxx-xx) :

Voltijds (uitgedrukt in 10den) :

Rest van de tijd :

→ Cardioloog-elektrofysioloog :

Naam :

E-mail adres :

Tel. : Fax :

RIZIV-nummer :

INSZ-nummer (Rijksregisternummer : xxxxxx-xxx-xx) :

Voltijds (uitgedrukt in 10den) :

Rest van de tijd :

→ Cardioloog-elektrofysioloog :

Naam :

E-mail adres :

Tel. : Fax :

RIZIV-nummer :

INSZ-nummer (Rijksregisternummer : xxxxxx-xxx-xx) :

Voltijds (uitgedrukt in 10den) :

Rest van de tijd :

Contactpersonen voor het administratief aspect (secretariaat, ...) :

→ Naam :
E-mail adres :
Tel. : Fax :
INSZ-nummer (Rijksregisternummer : xxxxxx-xxx-xx) :

→ Naam :
E-mail adres :
Tel. : Fax :
INSZ-nummer (Rijksregisternummer : xxxxxx-xxx-xx) :

Toe te voegen bijlage:

- één kopie van de erkenning van het zorgprogramma “cardiale pathologie” E en het deelprogramma B3 van het zorgprogramma “cardiale pathologie” B.

Opgemaakt te..... op.....