**AANVRAAGFORMULIER**

|  |  |
| --- | --- |
| **Identificatiegegevens zorgpunt** | |
| Juridisch entiteit (volledig):  Installatie-adres:  Contactpersoon (telefoon/mailadres):  Ondernemingsnummer/ RIZIV-nummer:  Beschikbaar medisch softwarepakket: |  |
| **Zorgaanbod** | |
| Aangeboden disciplines:  Beschrijving van het beschikbaar zorgaanbod:  Openingsuren: |  |
| **Samenwerking met de bestaande gezondheidsstructuren:** | |
| *Beschrijf* |  |
| **Samenwerking en akkoord van lokale besturen:** | |
| *Beschrijf* |  |
| **Geografische zone dat wordt bereikt** | |
| *Beschrijf* |  |

**De ondergetekende bevestigt dat de bovenstaande gegevens volledig en correct zijn ingevuld.**

**Datum**

**Handtekening**