FORMULAIRE DE DEMANDE

|  |
| --- |
| **Détails d'identification du point de soins** |
| Entité légale (complète) Adresse d'installation :Personne de contact (téléphone/adresse électronique) :Numéro d'entreprise/numéro INAMI :Logiciels médicaux disponibles : |  |
| **Offre de soins** |
| Disciplines proposées : Description de l'offre de soins disponible :Heures d'ouverture : |  |
| **Coopération avec les structures sanitaires existantes :** |
| *Veuillez décrire* |  |
| **Coopération et accord des gouvernements locaux :** |
| *Veuillez décrire* |  |
| **Zone géographique atteinte** |
| *Veuillez décrire* |  |

Le soussigné confirme que les informations ci-dessus sont complètes et correctes.

Date

Signature