|  |  |
| --- | --- |
|  | **Formulier voor toetreding tot de overeenkomst ‘Multidisciplinaire pre- en rehabilitatie voor patiënten pre- en postniertransplantatie’ van 01/10/2025***Dit formulier dient volledig en correct ingevuld en ondertekend te worden teruggestuurd, samen met de bijlage, per e-mail naar :* *ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be**De overeenkomst kan worden geraadpleegd op de volgende internetpagina:* [*https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/ziekenhuizen/verzorging-in-ziekenhuizen/niertransplantatie-vergoedingen-voor-multidisciplinaire-pre-en-rehabilitatiezorgpaden-voor-en-na-een-niertransplantatie*](https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/ziekenhuizen/verzorging-in-ziekenhuizen/niertransplantatie-vergoedingen-voor-multidisciplinaire-pre-en-rehabilitatiezorgpaden-voor-en-na-een-niertransplantatie) |

|  |
| --- |
| 1. **De verplegingsinrichting die zich kandidaat stelt**
 |
| Benaming: |  |
| RIZIV identificatienummer: |  |
| Verplegingsinrichting met: | [ ]  transplantatiecentrum[ ]  dialysecentrum |
| Administratief adres:*(adres waarop de briefwisseling dient gestuurd te worden)* |  |
|  |  |
| Verantwoordelijke namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting: | ACHTERNAAM, Voornaam: |
| E-mail: |
|  |  |
| Medische directeur: | ACHTERNAAM, Voornaam: |
| E-mail: |
|  |  |
| Zorgpadcoördinator: | ACHTERNAAM, Voornaam: |
| E-mailadres: |
| Telefoonnummer: |
| ⚠ Elke wijziging van de contactgegevens van de zorgpadcoördinator moet per e-mail worden doorgegeven aan:ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be. |

|  |
| --- |
| 1. **Nominatieve lijst van de arts-specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie (FGR-arts)**
 |

De lijst met namen van FGR-artsen verbonden aan het transplantatiecentrum of het dialysecentrum wordt door de instelling aangevuld en doorgegeven met het formulier in bijlage 1.

Bij wijziging van de FGR-artsen wordt bijlage 1, naar behoren gewijzigd, toegezonden aan: ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be.

|  |
| --- |
| 1. **Verklaring op eer**
 |

Wij:

…………………………….…………………………….……………………………. (*ACHTERNAAM, Voornaam*), verantwoordelijke namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting die zich kandidaat stelt,

en

…………………………….…………………………….……………………………. (*ACHTERNAAM, Voornaam*), medisch directeur van de verplegingsinrichting die zich kandidaat stelt,

en

…………………………….…………………………….……………………………. (*ACHTERNAAM, Voornaam*), zorgpadcoördinator van de verplegingsinrichting die zich kandidaat stelt,

Verklaren hierbij gezamenlijk:

* Kennis te hebben genomen van de overeenkomst ‘multidisciplinaire pre- en rehabilitatie voor patiënten in pre- en post-niertransplantatie’ van 01/10/2025;
* De bovengenoemde verplegingsinrichting kandidaat te stellen voor toetreding tot de overeenkomst ‘multidisciplinaire pre- en rehabilitatie voor patiënten in pre- en post-niertransplantatie’ van 01/10/2025;
* Dat de verstrekte gegevens volledig en correct zijn;
* Dat de verplegingsinrichting voldoet aan de bepalingen van artikel 24 van genoemde overeenkomst met betrekking tot de toetredingsmodaliteiten van de centra;
* Zich onvoorwaardelijk te houden aan de voorwaarden van de overeenkomst ‘multidisciplinaire pre- en rehabilitatie voor patiënten in pre- en post-niertransplantatie’ van 01/10/2025.

Gedaan te (*plaats*)……………………………………………………., op (*datum*)………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| Verantwoordelijke namens de inrichtende macht: | *ACHTERNAAM, Voornaam en handtekening*  |
| Medische directeur: | *ACHTERNAAM, Voornaam en handtekening* |
| Zorgpadcoördinator: | *ACHTERNAAM, Voornaam en handtekening* |
|  *Stempel van de instelling* |

**Bijlage 1 : Nominatieve lijst van de FGR-artsen verbonden aan het transplantatie- of dialysecentrum**

|  |
| --- |
| ⚠ Elke wijziging van de nominatieve lijst moet per e-mail worden doorgegeven aan:ovcomeddir@riziv-inami.fgov.be. |

|  |  |
| --- | --- |
| **ACHTERNAAM Voornaam van de FGR-arts** | **RIZIV-nummer** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |