**FORMULIER E-Form-II-01**

**Kandidatuur om te worden opgenomen op de lijst van de verplegingsinrichtingen voor de verstrekkingen betreffende katheters voor radiofrequentie ablatie bij Barrett slokdarm**

*(Gelieve dit formulier in te vullen in hoofdletters)*

* Te versturen naar: RIZIV, Dienst Geneeskundige verzorging

Secretariaat van de Commissie voor Tegemoetkoming van Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen

Galileelaan 5/01 in 1210 Brussel

***Identificatie van de verplegingsinrichting:***

Naam van de verplegingsinrichting : ………………………………………………………

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting : 710\_ \_ \_ \_ \_

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

Straat en nummer ………………….……………..………………………………………..

Postcode en gemeente : …………………………………………………………………..

***Identificatie van de verantwoordelijke handelend namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting***

Naam en voornaam: ………………………………………………………..………………

E-mailadres : …………………………………………………………………………………

***Identificatie van de eerste bijkomende verplegingsinrichting:***

Naam van de verplegingsinrichting : ………………………………………………………

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting : 710\_ \_ \_ \_ \_

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

Straat en nummer ………………….……………..………………………………………..

Postcode en gemeente : …………………………………………………………………..

***Identificatie van de verantwoordelijke handelend namens de inrichtende macht van de eerste bijkomende verplegingsinrichting***

Naam en voornaam: ………………………………………………………..………………

E-mailadres : …………………………………………………………………………………

***Identificatie van de tweede bijkomende verplegingsinrichting:***

Naam van de verplegingsinrichting : ………………………………………………………

Riziv identificatienr. van de verplegingsinrichting : 710\_ \_ \_ \_ \_

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

Straat en nummer ………………….……………..………………………………………..

Postcode en gemeente : …………………………………………………………………..

***Identificatie van de verantwoordelijke handelend namens de inrichtende macht van de tweede bijkomende verplegingsinrichting***

Naam en voornaam: ………………………………………………………..………………

E-mailadres : …………………………………………………………………………………

*In geval van > 3 verplegingsinrichtingen:*

*Toevoegen van de gegevens m.b.t. de identificatie en de verantwoordelijke*

***Identificatie en samenstelling van het team***

* *Gastro-enteroloog*

Naam:…………………………………………………………………………………….

E-mailadres:……………………………………………………………………............

Tel.:………………………………………………………Fax…………………………..

RIZIV-nummer:………………………………………………………………………….

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):…………………………………………………

* *Chirurg met ervaring in slokdarmchirurgie*

Naam:…………………………………………………………………………………….

E-mailadres:……………………………………………………………………............

Tel.:………………………………………………………Fax…………………………..

RIZIV-nummer:………………………………………………………………………….

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):…………………………………………………

* *Radioloog*

Naam:…………………………………………………………………………………….

E-mailadres:……………………………………………………………………............

Tel.:………………………………………………………Fax…………………………..

RIZIV-nummer:………………………………………………………………………….

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):…………………………………………………

* *Oncoloog en/of gastro-enteroloog met bijzondere bekwaamheid in de oncologie*

Naam:…………………………………………………………………………………….

E-mailadres:……………………………………………………………………............

Tel.:………………………………………………………Fax…………………………..

RIZIV-nummer:………………………………………………………………………….

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):…………………………………………………

* *Geneesheer-specialist in de anatomopathologie:*

Naam:…………………………………………………………………………………….

E-mailadres:……………………………………………………………………............

Tel.:………………………………………………………Fax…………………………..

RIZIV-nummer:………………………………………………………………………….

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):…………………………………………………

**Administratie (Contactpersonen in geval van eventuele administratieve vragen):**

* Eerste contactpersoon :

Naam:………………………………………………………………………….……….………

E-mailadres:………………………………………………………………………..................

Tel.:………………………………………………………Fax………………………….……..

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):………………………………………………..……

* Tweede contactpersoon:

Naam:……………………………………………………………………………………….

E-mailadres:…………………………………………………………………….................

Tel.:………………………………………………………Fax………………………..…..

INSZ-nummer (Rijksregisternummer):…………………………………………….…

***Verbintenissen***

De verplegingsinrichting verklaart akkoord te gaan met alle bepalingen van de vergoedingvoorwaarde E§10, punt 1 (Criteria betreffende de verplegingsinrichting) van de lijst.

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

**De ondergetekenden bevestigen kennis genomen te hebben van de bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde E§10 van de lijst en daarvan alle voorwaarden te aanvaarden:**

Naam, voornaam en handtekening van de verantwoordelijke handelend namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting(en):

Naam, voornaam, handtekening en stempel van elke geneesheer-specialist: