**FORMULIER B-Form-II-02**

**Kandidatuur om te worden opgenomen op de lijst van de verplegingsinrichtingen voor de verstrekkingen betreffende de neurostimulatie in geval van refractaire epilepsie**

*(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

Tervurenlaan 211

1150 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 namens de inrichtende macht van de verplegingsinrichting***

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

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

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

**EPILEPTOLOGEN**

* *Epileptoloog:*

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

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):…………………………………………………………..

Rest van de tijd:…………………………………………………………………………

* *Epileptoloog*

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

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):…………………………………………………………..

Rest van de tijd:…………………………………………………………………………

* *Epileptoloog*

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

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):…………………………………………………………..

Rest van de tijd:…………………………………………………………………………

**NEUROCHIRURGEN**

* *Neurochirurg:*

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

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):……………………………………………………………

Rest van de tijd:…………………………………………………………………………

* *Neurochirurg:*

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

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):……………………………………………………………

Rest van de tijd:…………………………………………………………………………

* *Neurochirurg:*

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

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):……………………………………………………………

Rest van de tijd:…………………………………………………………………………

**PSYCHIATERS**

* *Psychiater:*

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

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):…………………………………………………………..

Rest van de tijd:…………………………………………………………………………

* *Psychiater:*

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

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):…………………………………………………………..

Rest van de tijd:…………………………………………………………………………

* *Psychiater:*

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

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

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

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

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

Voltijds (uitgedrukt in 10den):…………………………………………………………..

 Rest van de tijd:…………………………………………………………………………

**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 B§09, punt 8 (Verbintenissen van de verplegingsinrichting) van de lijst.

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

**De ondergetekenden bevestigen kennis genomen te hebben van de bepalingen van de vergoedingsvoorwaarde B§09 van de lijst en daarvan alle voorwaarden te aanvaarden:**

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

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