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