

# Bijlage 2 Informatiefiche Zorgaanbieder PRO

---

*In te vullen door de Zorgaanbieder*

## 1. Identificatiegegevens van de Zorgaanbieder

<b>Naam van de organisatie</b>		
<b>Rechtsvorm</b>		
<b>Adres van de maatschappelijke zetel</b>		
<b>Telefoon</b>		
<b>E-mail</b>		
<b>Ondernemingsnummer</b>		
<b>VAPH erkenning</b>	<b>Aard<sup>1</sup></b>	
	<b>Nummer</b>	

<sup>1</sup> Multifunctioneel Centrum (tot max. 25 jaar) of vergunde zorgaanbieder niet rechtstreeks toegankelijke hulp (vanaf 18 jaar)

	<b>Datum en duur<sup>2</sup></b>		
--	----------------------------------	--	--

## 2. Contactpersonen bij vragen, opmerkingen of suggesties

<b>ONDERWERP</b>	<b>NAAM/VOORNAAM EN CONTACTGEGEVENS</b>
<b>Individuele Dienstverleningsovereenkomst</b>	Naam en voornaam: Tel.: E-mail:
<b>Zorgverleningsplan en individueel handelingsplan</b>	Naam en voornaam: Tel.: E-mail:
<b>Facturatie</b>	Naam en voornaam: Tel.: E-mail:
<b>Lijst duurzame persoonlijke goederen</b>	Naam en voornaam: Tel.: E-mail:
<b>Onafhankelijke derde</b>	Naam en voornaam: Tel.: E-mail:
<b>Veranderen toestemming gebruik beeldmateriaal</b>	Naam en voornaam: Tel.: E-mail:
<b>Toezichtsraad</b>	Naam en voornaam: Tel.:

<sup>2</sup> Doorgaans voor onbepaalde duur; nieuwe zorgaanbieders worden vergund voor 3 jaar

	E-mail:
<b>Inzage Kwaliteitshandboek</b>	Naam en voornaam:  Tel.:  E-mail:
<b>Dossierinzage of kopie</b>	Naam en voornaam:  Tel.:  E-mail:
<b>Verzekeringen</b>	Naam en voornaam:  Tel.:  E-mail: