|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Aanvraag van een vergunning als zorgaanbieder** | | |
| **1** | **Vul de gegevens van de inrichtende macht in.** | | |
|  | naam | |  |
|  | straat en huisnummer | |  |
|  | postcode en gemeente | |  |
|  | telefoonnummer | |  |
|  | contactpersoon | |  |
|  | rechtsvorm | |  |
|  | naam voorzitter | |  |
|  | ondernemingsnummer | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | . |  |  |  | . |  |  |  | |
| **2** | **Vul de gegevens van de autonome entiteit in.** | | |
|  | naam zorgaanbieder | |  |
|  | straat en huisnummer | |  |
|  | postcode en gemeente | |  |
|  | telefoonnummer | |  |
|  | contactpersoon | |  |
|  | e-mailadres | |  |
|  | naam van de subsidie-eenheid | |  |
|  | IBAN | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | BIC | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
|  | startdatum van de vergunning | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | |
| **3** | **Voeg de onderstaande documenten bij uw aanvraag en vink ze telkens aan in de aankruislijst.** | | |
|  |  | de statuten van de rechtsvorm | |
|  |  | het ondernemingsplan en het financieel plan | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **4** | **Onderteken deze aanvraag.**  *Door deze aanvraag te ondertekenen verklaart u dat u akkoord gaat met de onderstaande voorwaarden en verbintenissen.* | |
|  | **Ik verbind me ertoe te zullen voldoen aan de vergunningsvoorwaarden die van kracht zijn voor de zorgaanbieders die het VAPH heeft vergund.**  **De collectieve arbeidsovereenkomsten en loonbarema's van het paritair comité 319.01 of, als het om een openbaar bestuur gaat, van het sectoraal akkoord zijn van toepassing op de tewerkstelling van mijn personeel.**  **Ik verschaf alle gevraagde inlichtingen over de aanvraag en geef toestemming aan de bevoegde personeelsleden van het VAPH om alle gegevens in deze aanvraag te controleren.** | |
|  | datum | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | dag |  |  | maand |  |  | jaar |  |  |  |  | |
|  | handtekening |  |
|  | voor- en achternaam |  |
|  | functie |  |
| **5** | *Bezorg dit formulier, samen met uw ondernemingsplan en uw financieel plan, aan het VAPH via erkenningen@vaph.be.* | |