|  |  |
| --- | --- |
|  | **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.* |